

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

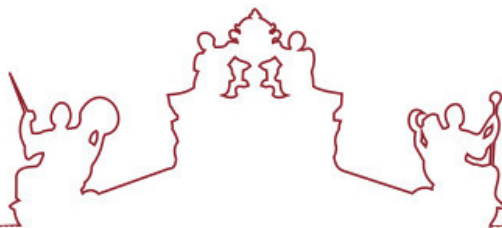
Gestão Nutricional do doente em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem

Marta Rosário Santos Sousa

Orientador(es) | Maria do Céu Marques

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

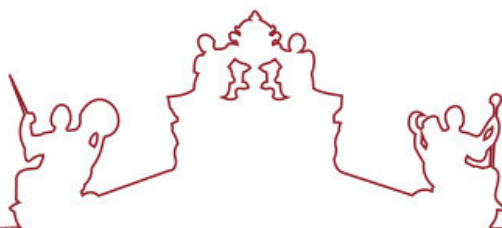
Gestão Nutricional do doente em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem

Marta Rosário Santos Sousa

Orientador(es) | Maria do Céu Marques

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)
Vogais		Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) Maria José Martins Catalão (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Maria do Céu Marques (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, expresso o meu profundo agradecimento à minha **Docente Orientadora**, pela disponibilidade, dedicação e orientação ao longo deste percurso. O seu apoio, incentivo e partilha de conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste relatório e para o meu crescimento académico, profissional e pessoal.

Às **Enfermeiras Orientadoras** dos locais de estágio, que me acolheram, acompanharam e partilharam comigo os seus conhecimentos, experiências e valores profissionais. O meu reconhecimento e consideração pelas pessoas e profissionais que me demonstraram ser.

À minha **turma de mestrado**, deixo um agradecimento muito especial por todos os momentos partilhados, pelo companheirismo e pela entreaajuda de todos desde o primeiro dia desta jornada. Em particular, ao **grupo de pessoas que entraram na minha vida como colegas e que hoje lhes chamo de verdadeiros amigos**. Pelo apoio constante, o espírito de equipa e os jantares de quinta-feira, que tornaram este percurso mais leve e memorável.

À minha **família e amigos C. VS.**, que são o meu porto seguro. Pelo apoio incondicional, pela paciência, pela compreensão nos momentos de maior ausência e por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu própria duvidava.

Um agradecimento profundamente especial à minha **irmã gémea**, a minha outra metade. Crescemos juntas, caminhamos sempre lado a lado e partilhamos muito mais do que um percurso de vida. A tua presença, a tua força, e a forma como sempre acreditaste em mim - em nós - , foram essenciais em todos os momentos deste caminho. Sem ti, esta conquista não teria o mesmo significado, nem teria sido possível da mesma forma.

Por fim, agradeço também a **mim** mesma. Pela resiliência que fui descobrindo ao longo caminho, pela coragem de continuar mesmo nos momentos mais difíceis, e pela capacidade de não desistir. Este caminho exigiu muito de mim, mas ensinou-me ainda mais sobre

a força interior que tenho.

RESUMO

Integrado no Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, surge este relatório e tem como objetivo descrever o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre.

O relatório, suportado pelo Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de Larrabee e pela Teoria das Necessidades Básicas de Henderson, adota uma metodologia crítico-reflexiva, sobre a prática clínica desenvolvida em três contextos, complementados por estágios de observação em áreas estratégicas, com recurso a revisão de literatura.

O tema central incide na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos, pela sua relevância clínica, demonstrando que as intervenções de Enfermagem têm impacto positivo no prognóstico da pessoa em situação crítica.

As experiências formativas consolidaram a prática fundamentada e orientada para excelência. O relatório evidencia a integração científica, reflexão contínua e destaca o Enfermeiro Especialista como agente de mudança.

Palavras-chave: Nutrição; doente crítico; cuidados intensivos; enfermagem médico-cirúrgica; intervenções.

ABSTRACT

Nutritional Management in Intensive Care Patients: Nursing Interventions

Integrated into the Master's Degree in Nursing and Specialization in Medical-Surgical Nursing, focused on the care of critically ill patients, this report aims to describe the process of acquiring the common and specific competencies of the Specialist Nurse and Master's degree graduate.

Supported by Larrabee's Model for Change to Evidence-Based Practice and Henderson's Nursing Needs Theory, the report adopts a critical-reflective methodology focused on clinical practice developed across three contexts, complemented by observational placements in strategic areas and supported by a literature review.

The central theme focuses on the nutritional management in intensive care patients, due to its clinical relevance, demonstrating that nursing interventions have a positive impact on patient prognosis.

The clinical experiences consolidated a well-founded practice oriented toward excellence. The report highlights scientific integration, continuous reflection, and emphasizes the Specialist Nurse as an agent of change.

Key-words: Nutrition; critical patient; critical care; medical-surgical nursing; interventions.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE - *Airway Breathing Circulation Disability Exposure*

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

ASPEN - *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CPOT - *Critical-Care Pain Observation Tool*

CRI - Centro de Responsabilidade Integrado

CRISU - Centro de Responsabilidade Integrado do Serviço de Urgência

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDPC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EEEMC-PSC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EEMIH – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EfCCNa - *European Federation of Critical Care Nurses Associations*

ESPEN - *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

IACS – Infecção(ões) Associada(s) aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

ISBAR – Identificação, Situação, *Background*, Avaliação, Recomendação

ITLS – *International Trauma Life Support*

MS – Ministério da Saúde

NE – nutrição entérica

NP – nutrição parentérica

NRI - Neurorradiologia e Radiologia de Intervenção

NRS-2002 – *Nutritional Risk Screening-2002*

NUTRIC Score - *Nutrition Risk in Critically Ill*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAMI - Posto Avançada da Medicina Intensiva

PCM - Presidência do Conselho de Ministros

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCR - *Royal College of Radiologists*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Revista RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento

Revista SPEDC – Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Doente Crítico

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUGP - Serviço de Urgência Geral Polivalente

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TISS - *Therapeutic Intervention Scoring System*

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UL-PPCIRA – Unidade Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULS-A - Unidade Local de Saúde-A

ULS-B - Unidade Local de Saúde-B

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VRG - volume residual gástrico

WHO - *World Health Organization*

SÍMBOLOS

> - superior

cmH₂O – centímetros de água

dl – decilitro

g - grama

h – hora(s)

kcal – quilocaloria

kg - quilograma

l - litro

mg - miligrama

min - minuto

ml - mililitro

mOsm/l - miliosmoles por litro

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	19
1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE JUNE LARRABEE	19
1.2. TEORIA DAS NECESSIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON	22
1.3. PROBLEMÁTICA DA NUTRIÇÃO E DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR	25
1.4. TERAPIA NUTRICIONAL DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS	28
1.5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO NUTRICIONAL DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS	34
1.6. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	38
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	42
2.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – A	45
2.1.1. Serviço de Neurorradiologia e Radiologia de Intervenção	46
2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	49
2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – B	53
2.2.1. Serviço de Urgência Geral Polivalente.....	53
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE	58
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE	61
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE.....	86

CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÊNDICES.....	127
Apêndice A – Colaboração no projeto de melhoria contínua “Implementação de Registos Eletrónicos na Consulta de Enfermagem de Neurorradiologia” do Serviço de NRI da ULS-A	128
Apêndice B – Instrução de trabalho “Descontaminação de Equipamento de Monitorização de Profundidade Anestésica” para o Serviço de NRI da ULS-A.....	130
Apêndice C – Protocolo atualizado sobre “Protocolo Nutricional – Nutrição Entérica” da UCIP da ULS-A.....	132
Apêndice D – Plano de sessão da formação em serviço na UCIP da ULS-A sobre “Protocolo Nutricional – Nutrição Entérica”	134
Apêndice E – Poster apresentado nas 1 ^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem ULS Alentejo Central Caminhos convergentes: Enfermagem e a integração de cuidados, sobre “Contributos da técnica ISBAR na transição de cuidados em Enfermagem no doente hospitalizado – <i>Scoping review</i> ”	136
Apêndice F – Resumo e DOI do artigo científico “Contributos da Técnica ISBAR na Transição de Cuidados em Enfermagem no Doente Hospitalizado – <i>Scoping review</i> ” publicado na Revista RIASE	138
Apêndice G – Sumário da Comunicação oral apresentada nas 1 ^{as} Jornadas de Enfermagem de Urgência e Emergência da ULS Algarve sobre “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência: <i>Scoping review</i> ”	141
Apêndice H – Resumo do artigo científico “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência: <i>Scoping review</i> ” a aguardar publicação na Revista da SPEDC	143
Apêndice I - Plano de sessão da formação no SUGP da ULS-B sobre “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência: <i>Scoping review</i> ”	145
Apêndice J – Poster informativo afixado em sala de emergência do SUGP da ULS-B sobre “Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência”	147

Apêndice K – Resumo do artigo científico “ <i>Nursing Interventions In Nutritional Management In Intensive Care Patients: Scoping Review</i> ” a aguardar revisão na Revista <i>Sage Journals Nutrition And Health</i>	149
ANEXOS	151
Anexo I – Certificado de formadora da formação em serviço na UCIP da ULS-A intitulada de “Protocolo Nutricional – Nutrição entérica”	152
Anexo II – Certificado de participação nas 1 ^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem ULS Alentejo Central Caminhos Convergentes: Enfermagem e a Integração de Cuidados	154
Anexo III – Certificado de participação nas 1 st International Seminar on Implmentation Science and Nursing	156
Anexo IV – Certificado de participação nas 1 ^{as} Jornadas de Enfermagem de Urgência e Emergência da ULS Algarve e primeiro prémio de comunicações orais	158
Anexo V – Certificado de participação no Seminário “Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação” do CIAV	160
Anexo VI – Certificado de participação no webinar “Webinar - Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência” da Ordem dos Enfermeiros	162
Anexo VII – Certificado de participação no webinar “Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise - sessão de esclarecimento” da Ordem dos Enfermeiros	164
Anexo VIII – Certificado de participação no webinar “Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos” da Ordem dos Enfermeiros	166
Anexo IX – Certificado de participação no webinar “Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: da teoria à prática” da Ordem dos Enfermeiros	168
Anexo X – Certificado de participação no webinar “Webinar – catástrofe” da Ordem dos Enfermeiros.....	170
Anexo XI – Comprovativo de participação no seminário online “(Re)Agir: Quando o impossível acontece – Gestão de recursos em emergência e catástrofe” realizado com a <i>Ocean Medical</i> em parceria com Instituto Politécnico de Leiria	172
Anexo XII – Comprovativo de submissão do artigo científico “ <i>Nursing Interventions in Nutritional Management in Intensive Care Patients: scoping review</i> ” na Revista <i>Sage Journals Nutrition and Health</i>	174

Anexo XIII – Comprovativo de colaboração na Unidade Curricular de Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica à 10 ^a turma de Mestrado de Enfermagem em associação e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica com o tema “Protocolo Nutricional – Nutrição Entérica”	176
Anexo XIV – Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida.....	178
Anexo XV – Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico	180
Anexo XVI – Certificado do Curso de <i>International Trauma Life Support</i>	182

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Principais intervenções de Enfermagem na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos.....	35
Tabela 2 - Análise SWOT do Serviço de NRI da ULS-A	48
Tabela 3 - Análise SWOT da UCIP da ULS-A	52
Tabela 4 - Análise SWOT do SUGP da ULS-B	57

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular [UC] de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, inserida no plano curricular do 9º Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica [EEMC-PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, surge o presente trabalho.

O Relatório Final de Estágio deverá demonstrar o processo de desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do enfermeiro especialista [EE] na respetiva área de especialização, bem como das competências inerentes à obtenção grau de Mestre em Portugal, conforme os documentos Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018a) e Decreto-Lei n.º 65/2018 (AR, 2018), respetivamente.

Em cumprimento com o plano de estudos do curso, foram realizados dois estágios de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em três contextos diferentes, mas igualmente desafiantes e enriquecedores em conhecimentos e experiências. Em duas Unidades Locais de Saúde [ULS] de duas regiões diferentes do país – que serão identificadas como Unidade Local de Saúde-A [ULS-A] e Unidade Local de Saúde -B [ULS-B] -, os estágios foram realizados no Serviço de Neurorradiologia e Radiologia de Intervenção [NRI] da ULS-A, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] da ULS-A e Serviço de Urgência Geral Polivalente [SUGP] da ULS-B.

Paralelamente a estes, mas integrados nos contextos, foram realizados estágios de observação de curta duração, considerados de elevada importância para desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica [EEEMC-PSC]. Enumeram-se o serviço da Unidade Local-Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA] da ULS-A, o departamento de Nutrição com Equipa de Nutrição da ULS-A, o Gabinete de Qualidade e Segurança da ULS-A e Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] da ULS-B.

O tema escolhido para este relatório e a desenvolver ao longo dos estágios incidiu na “Gestão Nutricional do Doente em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem”. A pertinência do mesmo recai sobre o facto da nutrição ser uma necessidade básica do ser humano, indispensável à sua sobrevivência orgânica. A importância da nutrição é bem resumida na célebre frase de Hipócrates, “*Let food be the medicine and medicine be the food*”, lembrando-nos que a alimentação adequada é essencial para prevenir doenças e promover a saúde e o bem-estar. A alimentação inadequada tornou-se uma das principais causas evitáveis de doença crónica não transmissível, à qual se juntam as doenças oncológicas e as doenças cerebrovasculares. Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados estão entre os cinco principais fatores de risco à perda de anos de vida saudável e aumento da mortalidade (DGS, 2024).

A pessoa em situação crítica [PSC] define-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p.19362). Em contexto de doença grave, as necessidades energéticas e nutricionais do ser humano aumentam, sendo que a desnutrição hospitalar é cada vez mais uma problemática em Portugal, afetando 20% a 50% dos doentes internados em hospital (DGS, 2020), verificando-se os mesmos números em contexto de cuidados intensivos (Koontalay et al., 2020).

Assim, a nossa escolha neste tema, prende-se não só com a sua relevância científica e clínica, como também com um interesse pessoal, uma vez que nos fascina compreender como a nutrição influencia diretamente a recuperação e o prognóstico do doente em cuidados intensivos e como as intervenções de Enfermagem podem impactar os mesmos. Explorar esta área permite-nos aprofundar conhecimentos num domínio desafiante e motivador, unindo o interesse académico à dimensão humana e prática da Enfermagem especializada.

Solicitado como método de avaliação da UC, o trabalho assume natureza profissional e de análise crítica das atividades realizadas no âmbito da componente teórica do curso e dos estágios clínicos, fundamentando essa reflexão em referenciais teóricos de Enfermagem, nos normativos que regulam a profissão e em contributos de autores de reconhecida relevância sobre a temática escolhida.

Neste enquadramento, define-se como objetivo geral do presente relatório descrever o processo de aquisição das competências de Mestre e de EEEMC-PSC, com reflexão crítica

sobre a prática especializada desenvolvida nos diferentes contextos de estágio; e, concomitantemente, os objetivos específicos são descrever os cenários de prática clínica onde decorreram os estágios, com contexto das suas especificidades organizacionais, funcionais e assistenciais; analisar criticamente a prática de Enfermagem realizada em articulação com os modelos teóricos adotados e com a evidência científica; refletir sobre a aplicação e impacto das intervenções de Enfermagem na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos, à luz das recomendações atuais e da prática baseada na evidência mais recente; e demonstrar a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, através da análise de situações vivenciadas nos estágios, atividades desenvolvidas e do impacto da intervenção especializada no cuidado prestado.

Trata-se de um Relatório Final de Estágio que adota metodologias que garantem uma abordagem rigorosa e sistemática à problemática em estudo, incluindo a realização de uma *scoping review*. As descrições dos momentos da prática clínica e do processo de aquisição de competências baseiam-se na análise crítica e reflexiva. As atividades e a estratégia de aprendizagem, previamente definidas na UC de Projeto, foram agora implementadas e integradas, permitindo articular o planeamento inicial com a experiência prática e a reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC.

A supervisão académica deste percurso formativo foi assegurada pela Professora Doutora Maria do Céu Marques, enquanto a orientação nos três contextos clínicos contou com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou na área específica da Pessoa em Situação Crítica. Esta articulação entre teoria e prática foi essencial para desenvolver competências clínicas avançadas, promovendo reflexão crítica, aprendizagem significativa e integração dos saberes teóricos na complexidade dos cuidados à PSC.

Estruturalmente, o trabalho será organizado em seis grandes capítulos, iniciando-se com a introdução do relatório, seguido do enquadramento teórico e conceptual de todo o trabalho. O segundo capítulo, vem enquadrar o relatório no Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee e na Teoria das Necessidades Básicas de Virginia Henderson; apresenta o estado da arte atual existente na literatura científica disponível sobre o tema em estudo, conjugadas com as mais recentes *guidelines* internacionais (nomeadamente da *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* [ASPEN]), *guidelines* europeias (nomeadamente da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* [ESPEN]) e normas nacionais (da Direção-Geral da Saúde [DGS]); terminando com a apreciação global

do mesmo com qualidade em saúde e segurança de cuidados. O terceiro capítulo caracteriza os contextos da prática especializada em Enfermagem onde foram realizados os estágios, com respetivas análises de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* [SWOT]. No quarto capítulo é abordado o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEEMC-PSC, destacando-se a reflexão sobre os conhecimentos pessoais e profissionais construídos ao longo do percurso, com ênfase nas experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas. O quinto capítulo corresponde à conclusão, onde se expõe o caminho percorrido, os contributos alcançados e as dificuldades encontradas. Por fim, o sexto capítulo reúne as referências bibliográficas. Em complemento, no final do documento, apresentam-se os Apêndices e Anexos, distribuídos ao longo do texto, os quais incluem os trabalhos desenvolvidos e os certificados obtidos, provando o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do percurso académico e profissional.

O documento foi elaborado de acordo com as normas orientadoras da instituição, sendo que a sua estrutura e formatação obedecem às normas de elaboração de trabalho académicos da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (Frias et al., 2023); segue as regras de referência bibliográfica da 7ª edição da *American Psychological Association* [APA] (APA, 2020); e com a redação textual de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa (AR, 2008).

Foi garantido o anonimato dos contextos clínicos e profissionais que colaboraram no processo de aprendizagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DE JUNE LARRABEE

A prática baseada em evidência define-se como a tomada de decisão em saúde fundamentada na melhor e mais recente evidência científica disponível, articulada com o contexto da prestação de cuidados, as preferências do doente e o juízo clínico dos profissionais de saúde. Configura-se como uma abordagem sistemática voltada para a melhoria da qualidade do cuidado, integrando de forma consistente a evidência científica, a experiência clínica dos prestadores de cuidados e as necessidades individuais dos doentes, promovendo decisões mais seguras, eficazes e centradas na pessoa (Santos et al., 2024a).

Torna-se importante distinguir os conceitos de pesquisa, melhoria contínua de qualidade e utilização de pesquisa: enquanto a pesquisa responde a questões de eficácia, a qualidade foca-se na efetividade, e a utilização de pesquisa é o uso deliberado desta para melhorar a prática clínica. A prática baseada em evidência resulta na utilização simultânea da melhor evidência encontrada aquando da pesquisa com a experiência clínica (Larrabee, 2011).

Desde os primórdios da Enfermagem moderna, com as contribuições de Florence Nightingale, que a profissão procura estratégias que tornem os cuidados mais eficientes, sistemáticos e centrados no doente. No final do século XX, num contexto histórico marcado pela crescente valorização da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde com aumento da produção científica e da necessidade de incorporar evidências de pesquisa à prática clínica diária, June H. Larrabee, historicamente reconhecida pela sua incessante busca pela excelência nos cuidados de saúde, juntamente com Rosswurm, propôs um modelo estruturado que orienta os profissionais de saúde na implementação de mudanças baseadas em evidências (Rosswurm & Larrabee, 1999).

Assim, as autoras desenvolvem o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, uma teoria de médio alcance, que reflete a preocupação contínua com a

excelência nos cuidados e oferece uma abordagem prática e sequencial para integrar ciência, experiência clínica e preferências dos doentes de forma sustentável e efetiva (Rosswurm & Larrabee, 1999; Santos et al., 2024a). Este vem destacar o benefício da implementação da prática baseada em evidência como ponte entre a produção de conhecimento em Enfermagem e a sua aplicação na prática clínica (Santos et al., 2024a).

Designado de Modelo para Mudança para a Prática Baseada em Evidências (tradução do nome original “*Model for Change to Evidence-Based Practice*”), o modelo assume uma estrutura organizada que orienta os profissionais na transição para práticas fundamentadas e provadas em evidências científicas, oferecendo um caminho claro e sistemático de identificação de problemas, análise de evidências e implementação de estratégias de melhoria dos cuidados. Desta forma, a sua aplicação na prática clínica diária, permite a mudança nos comportamentos individuais e coletivos dos profissionais e das estruturas organizacionais (Larrabee, 2011).

Considerando que a melhoria da qualidade do cuidado constitui o objetivo central, torna-se preponderante definir e compreender este conceito. As autoras apresentam a definição do *Institute of Medicine* que oferece uma perspetiva técnica e científica, centrada na eficácia, na segurança e na aplicação do conhecimento baseado em evidência. Por outro lado, Larrabee defende que a qualidade corresponde à presença de atributos socialmente aceites e desejáveis na experiência holística de *ser* e *fazer*, abrangendo conceitos interrelacionados como o valor, a beneficência, a prudência e a justiça. Esta definição reflete uma perspetiva ética e económica, ao enfatizar tanto os princípios morais que orientam a prática (como a beneficência e a justiça distributiva), quanto a utilização prudente e equitativa dos recursos disponíveis. Desta forma, é colocada responsabilidade profissional, não só nos enfermeiros, como nos líderes de Enfermagem e nas organizações profissionais de Enfermagem (Larrabee, 2011).

O modelo divide-se em seis etapas que representam um caminho estruturado para transformar um problema identificado na prática clínica numa melhoria sustentada baseada em evidência. Cada etapa tem uma função bem específica no processo de mudança (Larrabee, 2011; Rosswurm & Larrabee, 1999):

Etapa 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática

O reconhecimento da necessidade de mudança na prática. Os profissionais identificam problemas a partir de dados internos, preferências dos doentes, dúvidas clínicas e novas pesquisas, e comparam esses dados com informações externas, confirmando a existência de um problema, permitindo analisar a situação e definir um foco de mudança.

Etapa 2 – Localizar as melhores evidências

Após formulada a questão-problema, começa a procura criteriosa de estudos, diretrizes e *guidelines*, recomendações produzidas por entidades de referência sobre o assunto e estudos de natureza qualitativa e quantitativa.

Etapa 3 – Fazer uma análise crítica das evidências

Aquando dos vastos resultados que surgem na pesquisa, torna-se importante realizar uma análise crítica e criteriosa dos mesmos, sintetizando as melhores evidências encontradas e avaliar a sua viabilidade e credibilidade. Recomendam-se os instrumentos de análise dos estudos.

Etapa 4 – Projetar a mudança da prática

Após sintetizar as melhores evidências, os profissionais descrevem as variáveis do processo ou a sequência detalhada de atividades de cuidado na mudança de prática, geralmente no formato de um protocolo, procedimento ou norma. São definidos os objetivos, identificados os recursos necessários, planeadas atividades e desenvolvidos protocolos e diretrizes que incluem as novas práticas clínicas a adotar.

Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática

Uma vez elaborada a mudança, esta deve ser implementada sob a forma de estudo-piloto, e posteriormente avaliados os seus resultados, desenvolvendo conclusões e recomendações.

Etapa 6 – Integrar e manter a mudança da prática

Quando os resultados obtidos são positivos, a nova prática é incorporada definitivamente aos protocolos institucionais. Contudo, é importante que exista monitorização contínua das novas práticas, para garantir adesão da equipa profissional e consistência dos resultados ao longo do tempo – a manutenção. De ressaltar, que a prática baseada em evidência é um processo dinâmico, que exige revisões periódicas.

A integração de modelos para a mudança da prática baseada na evidência constitui um elemento essencial na atuação do EE, uma vez que permite uma prática sustentada na melhor evidência científica disponível, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Modelos teóricos, como o analisado, proporcionam uma estrutura sistemática que guia o processo de identificação de problemas clínicos, seleção e análise da evidência, implementação de intervenções e avaliação dos resultados, garantindo o dinamismo do processo (Larrabee, 2011).

Neste contexto, o EE assume um papel de liderança e de agente de mudança, promovendo a adoção de práticas seguras, eficazes e centradas na pessoa, de acordo com as competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a); Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018a)). A aplicação destes modelos contribui diretamente para o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), e também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica (OE, 2017) ao promover intervenções baseadas em evidência que asseguram a promoção da saúde, prevenção de complicações, o conforto e a satisfação do doente.

Deste modo, a escolha do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, proposto por June H. Larrabee, como referencial teórico do presente relatório justifica-se pela natureza do trabalho desenvolvido. Tratando-se de um relatório orientado para a análise crítica da prática clínica e para a melhoria da qualidade dos cuidados, este modelo oferece uma estrutura lógica, sequencial e sistematizada que sustenta o processo de identificação de problemas, análise da evidência científica, implementação de mudanças e avaliação dos resultados. Assim, o modelo de Larrabee enquadra metodologicamente o trabalho, orientando o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a promoção de práticas sustentadas na melhor evidência disponível.

1.2. TEORIA DAS NECESSIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

A Teoria das Necessidades Básicas de Virginia Henderson, desenvolvida em 1960, surge com a necessidade da autora em proporcionar uma base teórica robusta para a prática de Enfermagem, com enfoque na holisticidade do doente. Esta teoria foi desenvolvida a partir de

experiências práticas vivenciadas por Henderson, nas quais observou e trabalhou com doentes em diferentes contextos dos cuidados de saúde, levando-a a concluir sobre a importância de um cuidado íntegro e humanizado. A teórica acreditava que os cuidados de Enfermagem não deveriam ser centrados apenas na doença/condição clínica do doente, mas também nas suas necessidades humanas básicas e fundamentais à sua saúde e bem-estar, que são frequentemente negligenciados (Henderson, 2004).

Embora, a autora não tenha pretendido originalmente criar uma teoria, mas mais uma definição do campo de atuação da Enfermagem, ela apresentou o que ficou conhecido como “*Need Theory*” ou “*Activities of Daily Living Model*”, cuja ideia central é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, a realizar aquilo que ele faria por si mesmo se tivesse força, vontade ou conhecimento, permitindo-o recuperar a sua independência o mais rapidamente possível (Gonçalves, 2024; Henderson, 2004).

Desta forma, Henderson defende que

a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível (Henderson, 2004, p. 3).

Existem dois conceitos-chave na teoria de Henderson: a função única de Enfermagem e as 14 necessidades humanas. A teórica acreditava que para proporcionar cuidados de Enfermagem de qualidade, o enfermeiro deveria, primeiramente, atender às 14 necessidades humanas mais básicas e auxiliar a realização das mesmas, sendo que a pessoa as realizaria independentemente se lhe fosse possível. Englobando aspetos fisiológicos, psicológicos, espirituais e sociais, estas necessidades devem ser atendidas para manter a saúde e o bem-estar (Gonçalves, 2024; Henderson, 2004), e definem-se como (Henderson, 2004):

- 1- Respirar adequadamente;
- 2- Comer e beber adequadamente;
- 3- Eliminar resíduos corporais;
- 4- Movimentar-se e manter uma postura corporal adequada;

- 5- Dormir e descansar;
- 6- Escolher roupas adequadas e vesti-las;
- 7- Manter a temperatura corporal dentro de limites normais;
- 8- Manter o corpo limpo e protegido;
- 9- Evitar perigos e lesões;
- 10- Comunicar-se expressando emoções, necessidades, medos e opiniões;
- 11- Praticar a sua fé ou crenças;
- 12- Trabalhar de forma a sentir-se realizado;
- 13- Participar em atividades recreativas;
- 14- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade, contribuindo para o desenvolvimento.

Assente nos quatro conceitos metaparadigmáticos, a teoria de Henderson define Pessoa como um ser único com necessidades fundamentais, com a busca constante pela independência e equilíbrio, sendo que atinge um estado de Saúde quando estes são alcançados. O Ambiente é o meio externo que influencia a capacidade do indivíduo de atender às suas necessidades, e a Enfermagem permite a sua substituição na realização das suas atividades básicas, sempre que necessário, mas com o objetivo final de restabelecer a sua independência (Henderson, 2004).

Sendo uma teoria clássica e de médio alcance, altamente aplicável no contexto da prática clínica, a abordagem de Henderson continua relevante na realidade atual. Com ênfase na individualidade do doente, e permitindo uma avaliação pormenorizada do mesmo, com consequente planeamento dos cuidados de Enfermagem a prestar, esta teoria torna-se uma ferramenta útil na prática clínica e no ensino. No entanto, alguns autores argumentam que a teoria de Virginia Henderson já se mostra algo obsoleta, ressaltando que a identificação de apenas 14 necessidades básicas pode ser limitadora, não atendendo plenamente às exigências e complexidades da Enfermagem contemporânea (Ferrari et al., 2014).

Em contexto de doença grave e situação crítica, particularmente em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], a gestão nutricional assume um papel central, uma vez que muitos doentes não conseguem satisfazer autonomamente a necessidade de comer e beber devido à gravidade da sua condição clínica. Enquanto segunda necessidade básica da teoria de Henderson, a nutrição e a hidratação adequadas são essenciais para a manutenção das funções vitais, regeneração tecidual e prevenção de complicações, sendo a abordagem holística da autora fundamental para integrar esta dimensão nos restantes cuidados. Neste sentido, o enfermeiro

assume um papel ativo na avaliação, planeamento e implementação de intervenções nutricionais individualizadas, como a nutrição entérica [NE] ou nutrição parentérica [NP], promovendo cuidados seguros, humanizados e cientificamente fundamentados em contextos de elevada complexidade clínica (Boeykens, 2021; Marques et al., 2024a).

Por sua vez, a Teoria das Necessidades Básicas de Virginia Henderson foi selecionada como referencial teórico para o tema do relatório, uma vez que oferece um enquadramento conceptual adequado à compreensão da gestão nutricional do doente em cuidados intensivos. Ao centrar-se nas necessidades humanas fundamentais e na promoção da independência, esta teoria permite sustentar as intervenções de Enfermagem dirigidas à satisfação da necessidade de comer e beber, frequentemente comprometida na PSC. Desta forma, enquanto o modelo de Larrabee suporta a estrutura e o tipo de trabalho desenvolvido, a teoria de Henderson fundamenta o conteúdo temático do relatório, assegurando uma abordagem holística, coerente e centrada na pessoa cuidada.

1.3. PROBLEMÁTICA DA NUTRIÇÃO E DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

A nutrição é uma necessidade básica do ser humano, indispensável à sua sobrevivência orgânica (Henderson, 2004). A alimentação inadequada tornou-se uma das principais causas evitáveis de doença crónica não transmissível, à qual se juntam as doenças oncológicas e as doenças cerebrovasculares (DGS, 2024).

Segundo Cederholm et al. (2017), a ESPEN define desnutrição, sinónimo de malnutrição, como

um estado nutricional resultante de uma insuficiente ingestão ou absorção de nutrientes que leva a uma alteração da composição corporal (perda de massa magra) e da massa celular corporal, que por sua vez conduz a um decréscimo nas funções físicas e mentais e a uma evolução clínica desfavorável do doente (p. 51).

Assim, entende-se por estado de desnutrição a condição em que há défice na ingestão de calorias e proteínas, comprometendo o normal funcionamento metabólico e orgânico. Em situações de doença grave e situação crítica, podem ocorrer perdas de massa muscular de até

1kg por dia, como consequência do desequilíbrio e diminuição do aporte calórico-proteico, o catabolismo muscular e a imobilização física (Gonzalez-Salazar et al., 2020). Por conseguinte a estes défices, haverá um impacto negativo no prognóstico clínico, na recuperação e na reabilitação, e novas alterações nomeadamente com o surgimento de lesões de pressão e comprometimento de cicatrização cutânea e tecidual (Cruz-Sánchez et al., 2020; Mano et al., 2022).

O paradigma tem vindo a mudar, e a terapia nutricional viu reconhecido o seu papel terapêutico, e não apenas de suporte, exigindo monitorização adequada para garantir a segurança do doente e alcançar os resultados clínicos pretendidos, semelhante a qualquer outra intervenção clínica (Mourão, 2022). O seu objetivo principal é prevenir o início de um processo de desnutrição e de maior deterioração em doentes previamente fragilizados nutricionalmente, promovendo a recuperação metabólica da PSC (Hill et al., 2021).

Em contextos de doença grave e situação crítica, as necessidades energéticas e nutricionais do ser humano aumentam, tornando a desnutrição hospitalar uma preocupação crescente. Dados de pesquisas globais realizadas em 2022 mostraram que, entre os adultos hospitalizados, 32% apresentavam desnutrição e, destes, 30% não haviam recebido qualquer intervenção de suporte nutricional prescrita (ASPEN, 2025). De forma semelhante, a Organização Mundial de Saúde [OMS] reporta que a desnutrição afeta entre 30%-50% dos doentes internados (WHO, 2024). Ambos os relatórios destacam a problemática da subnotificação e, consequentemente, da subvalorização do risco nutricional e da desnutrição. Persistem variações significativas nas práticas de documentação, diagnóstico e utilização de métodos de avaliação do risco nutricional, o que leva à subestimação da verdadeira prevalência da desnutrição em ambientes hospitalares. Esta realidade torna o problema ainda mais grave, pois os números relatados podem não refletir a magnitude real da situação.

O relatório *“Disease-related malnutrition: a time for action”* da OMS, fornece, ainda, dados epidemiológicos do ano de 2024 sobre desnutrição relacionada com doenças específicas, indicando que afeta 30%–50% dos doentes internados, 40% dos doentes oncológicos, 30%–70% dos doentes idosos, 24% dos doentes internados com doenças cardiovasculares ou pulmonares, e 38%–78% dos doentes em situação crítica internados em UCI (WHO, 2024).

Os mesmos perfis epidemiológicos são identificados quando se comparam diferentes países e contextos nacionais, nomeadamente em contextos da PSC. Koontalay et al. (2020), através de um estudo realizado numa UCI de um hospital tailandês, concluíram que as taxas de desnutrição apresentam prevalência entre 40%-60%, sendo estimado que cerca de 50% destes doentes já apresentava algum grau de desnutrição antes da hospitalização e do desenvolvimento da situação crítica. Por sua vez, Therrier et al. (2021) que avaliaram uma UCI de um hospital brasileiro, confirmaram que a maioria destes doentes adquire esse estado ao longo do internamento, devido a múltiplos fatores associados tanto à própria doença grave como ao tratamento instituído. Finalmente, o mesmo cenário é verificado nos Estados Unidos da América onde se registou uma prevalência de 8,1% de diagnóstico de desnutrição em doentes hospitalizados entre os anos de 2016 e 2022 (ASPEN, 2025).

Em Portugal, estudos do “*Global Burden of Disease*” de 2019 apresentados no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável-2023, demonstram que, na realidade portuguesa, a desnutrição afeta 20% a 50% dos doentes internados em hospital, e no momento da sua admissão em internamento, 40% dos doentes já se classificam em risco nutricional, sendo o contexto clínico e a evolução da doença fatores influenciadores destes números (DGS, 2020). Esta tendência mantém-se, destacando que, no período temporal entre janeiro e dezembro de 2023, dos 181 019 doentes em internamento hospitalar português, 28,3% encontravam-se em risco nutricional aquando do rastreio nutricional realizado com a Escala *Nutritional Risk Screening-2002* [NRS-2002] (DGS, 2024).

O doente em contexto de cuidados intensivos, frequentemente impossibilitado de se alimentar por via oral, requer alternativas de nutrição como NE e/ou NP, de forma a suprir as suas necessidades nutricionais, energéticas e calóricas. Aquando da doença grave, o *stress* associado à situação clínica, desencadeia alterações hormonais, provocando hipercatabolismo, com o aumento significativo de perdas proteicas e calóricas, despoletando estados graves de desnutrição (Crossfield et al., 2021; Therrier et al., 2021). A ESPEN considera que todo e qualquer doente admitido em internamento hospitalar em UCI por um período temporal previsto superior a 48h, deve ser considerado como que em risco de desnutrição e têm indicação para terapia nutricional (Singer et al., 2023).

A desnutrição é o principal fator de risco para a carga de doença em Portugal e os hábitos alimentares inadequados estão entre os cinco principais fatores de risco à perda de anos de vida saudável e aumento da mortalidade (DGS, 2024). Tal reconhecimento, destaca a

necessidade de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento da desnutrição hospitalar, promovendo a saúde e o bem-estar dos doentes internados, com especial enfoque no doente em cuidados intensivos.

Estados de desnutrição estão associados a várias consequências negativas, destacando-se (ASPEN, 2025; Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, 2023; Marinho et al., 2019):

- Aumento do risco de infeções em 2,2 vezes;
- Maior ocorrência de disfunções orgânicas e complicações, elevando a morbilidade e mortalidade, com 3,4 vezes mais mortes registadas;
- Dobro da probabilidade de altas clínicas para instituições de cuidados de longa duração ou reabilitação, em vez de alta para domicílio;
- Prolongamento do tempo de internamento em 1,9 vezes;
- Elevação de 20% nos custos de cuidados de saúde;
- Aumento das taxas de readmissão nos 30 dias após a alta hospitalar.

Reconhecendo a gravidade deste problema, ao abrigo do Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, e a sua efetiva implementação no Despacho n.º 10511/2021, de 26 de outubro, reforça-se a obrigatoriedade da avaliação inicial e sistemática do risco nutricional a todos os doentes admitidos em internamento nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde [SNS], a realizar através da Escala NRS-2002. Desta forma, todos os doentes identificados como de risco, poderão receber intervenções nutricionais adequadas e antecipadas, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos e para a otimização da gestão hospitalar. A evolução da adesão à utilização da escala tem sido positiva, sendo que em 2023 cerca de 31,2% dos doentes foram submetidos a avaliação de risco nutricional, e 48,0% destes receberam intervenção nutricional individualizada nas primeiras 24h após a sua sinalização (DGS, 2024).

1.4. TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

O cuidado nutricional refere-se ao conjunto de estratégias de nutrição e à sua administração ao doente, sendo essencial para gerir qualquer condição clínica relacionada com o estado nutricional, tanto de forma preventiva quanto terapêutica. Por sua vez, o suporte

nutricional compreende um conjunto de intervenções terapêuticas destinadas a garantir a administração adequada da terapia nutricional. Esta última, define-se como o conjunto de nutrientes fornecidos com fins metabólicos e clínicos, para qualquer condição relacionada com a nutrição (Cederholm et al., 2017).

Sempre que possível e seguro, a via preferencial para administração de nutrientes é o trato gastrointestinal através da via oral, e em segunda linha através da NE. Quando esta via não é viável ou é insuficiente para satisfazer as necessidades energéticas e nutricionais do doente, em última instância recorre-se à NP (Cruz-Sánchez et al., 2020; Singer et al., 2023).

A NE consiste na administração parcial ou total de nutrientes através de uma sonda colocada no tubo digestivo. As formulações podem conter nutrientes intactos (fórmulas poliméricas), parcialmente hidrolisados (fórmulas oligoméricas) ou incluir fibras e componentes adaptados a necessidades metabólicas específicas (Ballah et al., 2024; Doley, 2022; Singer et al., 2023). Por sua vez, a NP é uma forma de suporte nutricional que consiste na administração de nutrientes diretamente na corrente sanguínea, através de um acesso venoso (preferencialmente acesso venoso central), quando o trato gastrointestinal não está funcional, é insuficiente ou quando a sua utilização representa risco para o doente (Marques et al., 2024a; Singer et al., 2023).

O uso preferencial da NE evidencia vantagens fisiológicas, como a manutenção da integridade gastrointestinal, menor taxa de complicações infecciosas e melhor custo-efetividade comparativamente à NP, e também melhores resultados a longo prazo com diminuição da incidência da doença hepática associada à NP e doença metabólica óssea (Doley, 2022; Singer et al., 2023).

A PSC apresenta alterações metabólicas profundas decorrentes de uma resposta inflamatória sistémica exacerbada, aumento do catabolismo proteico, disfunção multiorgânica e prolongada imobilização. Estas alterações resultam em necessidades nutricionais superiores àquelas verificadas em estados fisiológicos, tornando fundamental a avaliação nutricional precoce (Gonzalez-Salazar et al., 2020; Mano et al., 2022; Marinho et al., 2021).

De acordo com as orientações nacionais da DGS, através do Despacho n.º 10511/2021 de 26 de outubro, todos os doentes admitidos em UCI devem ser avaliados quanto ao risco de compromisso nutricional na admissão e até às primeiras 24h, utilizando instrumentos validados, que, no caso do doente adulto, é indicada a Escala NRS-2002. Considera-se que os

doentes com previsão de internamento superior a 48h estão automaticamente em risco, devendo ser iniciada uma abordagem nutricional estruturada e individualizada. Também é importante a avaliação da integridade e função do tubo digestivo e do risco de deglutição comprometida, para uma seleção mais adequada e segura da via de administração da terapia nutricional (Cederholm et al., 2017; Singer et al., 2023).

Contudo, apesar destas indicações claras da entidade portuguesa da saúde, a nossa pesquisa revelou algumas dubiedades por parte das entidades internacionais no que respeita o estabelecimento da melhor forma de avaliação de risco nutricional.

Analisadas as recomendações, enquanto que, a ASPEN (Compher et al., 2022) recomenda a utilização da Escala NRS-2002 ou da *Nutrition Risk in Critically Ill Score* [NUTRIC Score], a ESPEN (Singer et al., 2023) não oferece um instrumento de avaliação como o *golden standard*. Esta última refere que a Escala NRS-2002 não foi desenvolvida para a população da PSC, e que a NUTRIC Score não avalia parâmetros nutricionais. Contudo, cedendo, apresenta a Escala NRS-2002 como sendo a mais preditiva e de mais fácil utilização. Outros instrumentos que também podem ser utilizados são a *Malnutrition Risk Score*, e a *Subjective Global Assessment* (para doentes submetidos a intervenções cirúrgicas ou vítimas de trauma) (EfCCNa, 2019).

Aquando do início da terapia nutricional, é fundamental determinar as necessidades energéticas do doente. Esta avaliação deve ser um processo individual e personalizado, consoante condição clínica aguda atual, bem como condições clínicas prévias, características individuais do doente, e de acordo com o plano nutricional estabelecido clinicamente e os alvos nutricionais definidos (Delsoglio et al., 2019).

A evidência científica oferece-nos a calorimetria indireta como o principal e mais fidedigno método de cálculo das necessidades energéticas (Singer et al., 2023). Este consiste numa avaliação do gasto energético realizada de forma indireta, medindo a relação entre o consumo de oxigénio e a produção de dióxido de carbono do corpo, obtidos através do calorímetro indireto ou analisador metabólico (Delsoglio et al., 2019). Na ausência deste equipamento, é recomendado a obtenção de valores de oxigénio consumido e dióxido de carbono produzido através de cateter arterial pulmonar e ventilador, respetivamente. Em último recurso, e em consideração da taxa de erro de 60% para defeito e/ou excesso, devem

ser utilizadas equações preditivas associadas ao peso corporal, em detrimento de uma abordagem nutricional isocalórica (Singer et al., 2023).

As *guidelines* da ESPEN recomendam iniciar conservadoramente a abordagem nutricional de metas hipocalóricas, com o objetivo de atingir até 70% das necessidades calóricas nos primeiros 3 dias de internamento. A evolução da mesma deve ser gradual e progressiva, minimizando complicações associadas à terapia nutricional. Até ao sétimo dia de internamento, é espectável que o doente já veja supridas 100% das suas demandas calóricas (Singer et al., 2023).

Aquando dos macronutrientes, atualmente, está preconizado que as necessidades proteicas devem atingir 1,3g/kg/dia no final da primeira semana; no que respeita aos hidratos de carbono, não se deve exceder a taxa de 5mg/kg/min, e deve ser garantida uma ingestão mínima de 150g/dia, contabilizando perfusões com soros glicosados (em que 100ml de soro 5% de glicose equivale a 5g de glicose correspondendo a 20kcal); e o aporte lipídico não deve ultrapassar 1,5g/kg/dia, também considerando perfusões com soluções lipídicas (em que 1ml de propofol contém 0,1g lípidos e equivale a 1,1kcal) (Singer et al., 2023).

A seleção da fórmula nutricional deve ter como critérios, não só, as necessidades nutricionais, calóricas e proteicas do doente, obtidas após avaliação individual, como deve considerar a duração prevista para o suporte nutricional, o risco de aspiração, a anatomia gastrointestinal e a tolerância gastrointestinal, sendo altamente influenciada pela disponibilidade institucional (Doley, 2022; Singer et al., 2023).

Outro aspeto importante na escolha da fórmula, passa pela osmolaridade da mesma. A osmolaridade expressa a concentração total de partículas osmoticamente ativas na solução alimentar. O valor ideal depende do tipo de acesso para a nutrição e da tolerância gastrointestinal determinada, também, pela condição clínica do doente. Em PSC, são recomendadas utilizar fórmulas isomolares ou levemente hiperosmolar (270-320 mOsm/l). Assim, reforça-se a importância de haver personalização do esquema nutricional por parte da equipa multidisciplinar, incluindo o médico e o dietista/nutricionista (Doley, 2022; Singer et al., 2023).

Em contexto da PSC, a NE deve ser iniciada de forma progressiva e idealmente nas primeiras 24h a 48h de internamento em UCI, particularmente quando existe previsão de incapacidade de alimentação oral por período temporal superior a 3 dias ou quando a ingesta

oral é claramente insuficiente para perfazer, no mínimo, 70% das demandas energéticas do doente (Singer et al., 2023). A esta abordagem designamos por NE precoce. Indicada quando o doente apresenta estabilidade hemodinâmica e gastrointestinal, sem sinais de hipoperfusão tecidular ou valores séricos de lactato persistentemente elevados, estudos revelam que a NE precoce está associada a melhores resultados clínicos, incluindo redução de infeções, menor incidência de disfunção orgânica e melhoria da integridade do intestino. Se o doente suspende a NE por um quadro de instabilidade clínica, quando recupera a estabilidade hemodinâmica deve iniciar-se a NE como se de novo se tratasse, e não retomar o ritmo de administração prévio (Doley, 2022; Singer et al., 2023; Wang et al., 2025).

Quando se verificam quadros de instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte aminérgico, é uma contraindicação à NE precoce. O doente com uma importante hipotensão que inicia NE, pode desencadear isquemia intestinal, pois o corpo prioriza o fluxo sanguíneo para órgãos mais vitais, como coração, cérebro e pulmões. Embora seja uma complicação rara, os efeitos podem ser devastadores, incluindo necrose do intestino com indicação de ressecção cirúrgica e, em última instância, aumento da mortalidade. Outras contraindicações ao início precoce de NE são estados de hipóxia ou acidose não controladas, hemorragia gastrointestinal ativa e síndrome compartimental abdominal. Sempre que se verifica necessidade de aguardar o início de terapia nutricional até estabilização clínica do doente, seguimos a abordagem de NE tardia. De notar, que nessas situações e se a NE se mantiver inviável, a NP deve ser iniciada entre 3 e 7 dias após o internamento, após esgotadas estratégias de otimização da tolerância entérica (Doley, 2022; Singer et al., 2023; Wang et al., 2025).

A definição do momento oportuno para o início da terapia nutricional assume particular relevância, dada a possibilidade de surgirem complicações metabólicas quando este não é adequadamente temporizado, nomeadamente a síndrome de *refeeding* (realimentação) e a síndrome de *overfeeding* (sobrealimentação).

A ESPEN (Singer et al., 2023) define síndrome de *refeeding* como um estado potencialmente fatal que ocorre nos 5 dias subsequentes a reintrodução de alimentação ou aumento significativo, caracterizada por alterações nos fluídos e eletrólitos que podem ocorrer em doentes desnutridos. Constitui uma consequência importante da ingestão alimentar rápida e excessiva em doentes gravemente subnutridos e é desencadeado pela depleção sérica do fósforo, magnésio, potássio, bem como deficiência vitamínica e retenção hídrica, relacionadas

com a NE ou a NP, podendo causar arritmias e falência cardíaca, falência respiratória aguda, problemas neurológicos, nefropatia e disfunção hepática.

Por sua vez, a síndrome de *overfeeding* resulta da administração calórica excessiva, especialmente na fase aguda da doença crítica. A literatura demonstra aumento significativo da mortalidade quando o aporte energético ultrapassa 70% das necessidades nos primeiros 3 dias de internamento. A titulação progressiva do aporte nutricional é, portanto, uma medida fundamental para evitar complicações metabólicas (Doley, 2022; Singer et al., 2023).

Finalmente, de destacar a necessidade da monitorização contínua de sinais e sintomas de intolerância gastrointestinal. As principais complicações incluem diarreia, obstipação, vômitos, alterações glicémicas por hipoglicémia ou hiperglicémia, e aumento do volume residual gástrico [VRG] por estase gástrica. É importante, primeiramente, identificar a causa associada à alteração manifestada e dirigir os esforços terapêuticos à correção da mesma (Doley, 2022; Singer et al., 2023).

A monitorização rotineira do VRG não é recomendada em PSC, especialmente após a NE estar bem estabelecida (Singer et al., 2023). Apesar de permanecerem incertas quanto aos efeitos da monitorização do VRG sobre as taxas de mortalidade, ocorrência de pneumonia e tempo de internamento hospitalar, as evidências científicas disponíveis não revelam benefícios significativos associados à realização da mesma de forma rotineira. Os autores revelam que a avaliação holística do doente e a vigilância de outros sinais de intolerância gástrica são mais reveladores de alterações gastrointestinais (Singer et al., 2023; Wang et al., 2019; Yasuda et al., 2021).

As *guidelines* da ESPEN indicam que a sua avaliação deve ser realizada apenas em situações específicas, e a suspensão da NE só deve ocorrer quando persistir um VRG superiores a 500ml em 6h, mesmo após a adoção de outras estratégias para resolver o problema. As pausas alimentares deverão ser minimizadas e consideradas apenas como medida de última instância. A prática rotineira de remover e quantificar o VRG pode levar a interrupções desnecessárias da NE, resultando em *déficit* calórico e proteico, atraso na evolução da terapia enteral e dificuldade em atingir metas nutricionais (EfCCNa, 2019; Singer et al., 2023).

As mesmas *guidelines* não respaldam claramente uma indicação sobre a devolução ou não do conteúdo gástrico aspirado. Contudo, estudos de Wen et al. (2019), mostram que o

benefício associado à adoção desta prática, nomeadamente no equilíbrio dos fluídos e eletrólitos gástricos, prevalece aos riscos de aspiração desse conteúdo, estando associados a melhores *outcomes* na pessoa adulta em situação crítica. Assim, todo o conteúdo aspirado deve ser reintroduzido, exceto quando de características patológicas como hemáticas, biliares ou outro conteúdo visivelmente alterado, ou quando sinais de intolerância associados a grande VRG.

1.5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO NUTRICIONAL DO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

A gestão nutricional no doente internado em UCI é multifatorial, sendo da responsabilidade de vários elementos da equipa multidisciplinar. Contudo, os enfermeiros são o grupo profissional mais presente na prestação de cuidados, garantido cuidados de saúde durante as 24h diárias. Face à elevada prevalência e às graves consequências da desnutrição na PSC, torna-se fundamental compreender a ação de Enfermagem na sua prevenção e tratamento. Os enfermeiros assumem um papel essencial na avaliação do estado nutricional, na implementação de estratégias de suporte nutricional e na monitorização contínua, garantindo o sucesso nutricional do doente (Boeykens, 2021; Marques et al., 2024a).

A análise da literatura permitiu perceber que as intervenções de Enfermagem na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos devem envolver os momentos pré-procedimento, com a avaliação e planeamento nutricional; durante o procedimento, com a administração da terapia nutricional prescrita, a sua monitorização contínua e a prevenção de complicações; e pós-procedimento, com registos de Enfermagem completos e claros, e comunicação contínua com a equipa multidisciplinar (Marques et al., 2024a; Mourão, 2022).

O EEEMC-PSC assume, ainda, a responsabilidade de liderança na criação e implementação de protocolos baseados em evidência científica atual e formação profissional (OE, 2018a). Desta forma, é possível garantir a segurança da PSC, prevenindo erros e reduzindo possíveis complicações, assegurando a eficácia da terapia através de uma perspetiva holística (Marques et al., 2024a; Mourão, 2022).

Apesar da prescrição da terapia nutricional ser responsabilidade médica ou de dietista/nutricionista, a infusão da NE e/ou NP são responsabilidade de Enfermagem

(Crossfield et al., 2021; Therrier et al., 2021). Desde a confirmação dos dados do doente e da prescrição médica, verificação da integridade da bolsa de alimentação, cuidados à sonda utilizada para administração de NE com higienização do local da sua fixação, e/ou condições do acesso venoso para administração de NP; aos cuidados relacionados com a tolerância do doente à terapia nutricional administrada com vigilância de possíveis reações gastrointestinais e descontrolo glicémico ou hidroeletrolítico; e finalizando com os registos de Enfermagem detalhados e completos garantindo comunicação contínua e efetiva dentro do seio da equipa multidisciplinar (Crossfield et al., 2021; Marques et al., 2024a; Therrier et al., 2021).

Neste âmbito, a adoção rigorosa e consistente dos feixes de intervenção recomendados pela DGS assume especial relevância. Sobretudo na administração de NP, que implica o uso de cateteres venosos centrais, o cumprimento dessas recomendações reduz de forma significativa o risco de infeções associadas ao cateter. Paralelamente, o cumprimento das orientações relativas à prevenção de pneumonia associada à intubação, contribui para minimizar complicações respiratórias que comprometem a estabilidade clínica e o sucesso da terapia nutricional (DGS, 2022a; 2022b).

O papel do enfermeiro revela-se preponderante no sucesso das metas nutricionais da PSC, bem como determinante na execução destas práticas, garantindo a segurança do doente e promovendo melhores resultados clínicos no âmbito do suporte nutricional em cuidados intensivos.

Neste contexto, e reconhecendo a complexidade da gestão nutricional na PSC, foi desenvolvida uma *scoping review*. Partindo da questão orientadora “Quais as intervenções de Enfermagem na gestão nutricional no doente em cuidados intensivos?”, recorreu-se à metodologia do *Joanna Briggs Institute*, permitindo uma análise sistemática da evidência disponível. O processo incluiu a identificação, seleção e síntese dos estudos mais relevantes, contribuindo para a sistematização do conhecimento e para o reforço de práticas de Enfermagem fundamentadas na evidência científica. Os principais resultados encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Principais intervenções de Enfermagem na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos

ÁREA DE INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Avaliação e Planeamento Nutricional	Avaliar o risco nutricional (Escala NRS-2002) no momento de admissão em internamento.

		• Avaliar risco de deglutição comprometida. • Avaliar necessidades energéticas e hídricas do doente. • Identificar sinais precoces de desnutrição. • Planear cuidados de acordo com o estado clínico e evolução metabólica. • Avaliar via de administração de terapia nutricional (oral, entérica, parentérica), conhecendo condições clínicas do doente, indicações e contraindicações. • Elaborar um plano de terapia nutricional em colaboração com a equipa multidisciplinar.
	Administração da Terapia Nutricional	• Preferir via entérica à via parentérica, quando possível e segura. • Iniciar protocolo de NE definido (precoce ou tardio). • Administrar NP com técnica assética rigorosa. • Confirmar prescrição médica/dietista/nutricionista. • Confirmar identificação correta do doente. • Inspeccionar bolsas de nutrição antes da administração. • Assegurar exclusividade do acesso venoso central para NP. • Garantir progressão gradual da infusão e através de bomba infusora. • Reintroduzir conteúdo gástrico aspirado (exceto se patológico).
	Monitorização Contínua	• Vigiar alterações gastrointestinais indicativas de intolerância (diarreia, obstipação, náuseas, vómitos, descontrolo glicémico). • Monitorizar VRG, se sinais de intolerância gástrica e NE ainda não estiver bem estabelecida. • Avaliar resposta clínica à terapia nutricional (parâmetros vitais, exames laboratoriais, balanço hídrico).
Prevenção de Complicações	<u>Complicações relacionadas com a sonda de administração ou local de acesso venoso</u>	• Verificar formulação medicamentosa adequada à administração por sonda. • Diluir medicamentos triturados em 10–15ml de água antes da administração. • Lavar (<i>flush</i>) a sonda com 15ml de água após cada administração. • Garantir técnica assética na manipulação do acesso venoso para NP. • Executar tratamento ao local de inserção do cateter. • Otimizar cateter venoso. • Vigiar local de inserção do cateter. • Vigiar penso do local de inserção do cateter. • Vigiar complicações associadas ao acesso venoso para NP (infecção, obstrução, extravasamento).
	<u>Diarreia</u> (≥ 3 dejeções líquidas/dia e volume > 300ml/24h)	• Identificar e corrigir causa. • Otimizar prescrição da terapia nutricional (ponderar bolsas enriquecidas em fibras solúveis). • Promover hidratação.
	<u>Vómitos</u>	• Identificar e corrigir causa.

		• Iniciar protocolo de terapêutica procinética prescrita (1ª linha de tratamento eritromicina; 2ª linha de tratamento metoclopramida). • Reduzir ritmo de perfusão de NE. • Suspender NE e drenagem de conteúdo gástrico (em casos agravados e persistentes).
	<u>Obstipação</u> (ligeira até 2 dias sem dejeção; severa >4dias sem dejeção)	• Identificar e corrigir causa. • Otimizar prescrição da terapia nutricional (ponderar bolsas enriquecidas em mistura de fibras solúveis e insolúveis). • Promover motilidade intestinal através de terapêutica farmacológica laxante. • Vigiar abdómen.
	<u>Aspiração de conteúdo gástrico e pneumonia</u>	• Elevar a cabeceira da cama entre 30º a 45º. • Verificar uma vez por turno a pressão e integridade do <i>cuff</i> do tubo endotraqueal ou traqueostomia (manter a 20-30cmH₂O). • Realizar higiene oral três vezes por dia.
	<u>Descontroles glicémicos</u>	• Monitorizar glicemia capilar a cada 4h nas primeiras 48h (objetivo 140–180 mg/dl).
	<u>Complicações metabólicas</u>	• Avaliar condição clínica do doente e estabilidade hemodinâmica. • Adotar uma abordagem nutricional inicial hipocalórica. • Garantir progressão gradual da infusão e através de bomba infusora.
	Registos e Comunicação	• Registar todos os procedimentos e intercorrências no processo clínico. • Garantir comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar (médico, dietista/nutricionista, farmacêutico). • Reportar alterações da tolerância gastrointestinal ou complicações. • Documentar parâmetros de monitorização (glicemia, VGR, balanço hídrico, valores analíticos).
	Educação, Protocolo e Formação Profissional	• Implementar e atualizar protocolos de NE e NP baseados em evidência científica atual. • Uniformizar práticas de Enfermagem entre equipas e turnos. • Promover formação contínua dos enfermeiros em nutrição clínica e gestão nutricional e terapêutica. • Exercer liderança na criação de <i>guidelines</i> institucionais. • Incentivar raciocínio clínico e julgamento crítico na tomada de decisão.

Fonte. Elaboração própria a partir de dados de Ballah et al., 2024; Baptista, 2024; Boeyjens, 2021; Crossfield et al., 2021; DGS, 2022a; 2022b; EfCCNa, 2019; Ellis et al., 2021; Malheiro, 2024; Marques et al., 2024a; Mourão, 2022; Roda, 2023; Therrier et al., 2021; Tume et al., 2024.

1.6. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Retoma-se, neste momento, a discussão em torno do conceito de qualidade em saúde, enquanto constructo central para a análise da prática profissional e dos cuidados de Enfermagem. Tal como referido anteriormente, e em consonância com o posicionamento da OMS, a qualidade em saúde permanece um conceito complexo e multidimensional, não existindo uma definição universalmente consensual.

Torna-se pertinente invocar a perspetiva de Donabedian (2003), que, nas suas primeiras abordagens à definição do conceito de qualidade em saúde, a entende como o resultado da conjugação de dois fatores fundamentais: a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde, e a forma como esses são aplicados na prática clínica. Esta aplicação é influenciada por um conjunto de condições, nomeadamente as dimensões técnico-científica, interpessoal e ambiental. Neste enquadramento, Donabedian considera que existe qualidade em saúde quando os benefícios obtidos para o doente superam os potenciais riscos adversos, identificando sete componentes essenciais da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, adequação, legitimidade e equidade.

Atualmente, a definição mais amplamente aceite é a proposta pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América que entende qualidade como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020, p. 13). Esta definição evidencia a centralidade da evidência científica, dos resultados em saúde e da adequação das intervenções às necessidades das pessoas e das populações.

No contexto português, o princípio da qualidade encontra-se consagrado no SNS, através da Lei de Bases em Saúde aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, concretamente na Base 20. Este princípio integra ainda a dimensão da humanização dos cuidados, reconhecendo a necessidade de tratar cada pessoa com respeito, dignidade, atenção e empatia, reforçando a centralidade da pessoa no processo de cuidar (AR, 2019). Assim, a qualidade dos cuidados ultrapassa a dimensão técnica, incorporando valores éticos, relacionais e humanos que sustentam a prática profissional em Enfermagem.

Neste enquadramento, a OE publica em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquanto referencial estruturante da prática profissional, estes padrões são

operacionalizados em 6 enunciados descritivos designados como padrões de qualidade: “a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de Enfermagem” (p. 03). Estes constituem-se como diretrizes orientadoras e critérios estabelecidos para garantir a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados no doente. Baseados em evidências científicas e boas práticas, para além de orientarem a prática clínica, permitem a avaliação, a monitorização e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Com a crescente complexidade dos contextos clínicos e das necessidades da PSC, tornou-se evidente a necessidade de referenciais específicos que enquadrassem a prática da Enfermagem especializada. Neste sentido, publicado em 2015 no Regulamento n.º 361/2015, com posterior atualização pela OE em 2017, são publicados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidos pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em articulação com uma Comissão de Apoio formalmente nomeada. Estes padrões mantêm os enunciados nucleares dos cuidados gerais, integrando ainda a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, refletindo a elevada vulnerabilidade da PSC e os riscos acrescidos inerentes aos contextos onde esta se insere (OE, 2015a; 2017).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica assumem particular relevância nos contextos de urgência, emergência e cuidados intensivos, onde a instabilidade clínica, a dependência de tecnologia avançada e a necessidade de decisões rápidas exigem do EE competências diferenciadas ao nível da vigilância clínica, gestão do risco, tomada de decisão baseada na evidência e liderança na equipa multidisciplinar. Assim, estes padrões não orientam apenas a prática, mas também reforçam a identidade profissional do EEEMC-PSC, clarificando o seu contributo específico para a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados à PSC (OE, 2015a).

Paralelamente, a qualidade dos cuidados encontra-se intrinsecamente associada à segurança do doente, dimensão amplamente reforçada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2021-2026, aprovado pelo Ministério da Saúde através do Despacho n.º 9390/2021. Sendo um plano estratégico para os anos de 2021-2026, o plano surge com o objetivo de

consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (MS, 2021, p. 97).

O PNSD 2021-2026 estrutura-se em cinco pilares, com o propósito de assegurar que todas as instituições de saúde adotem práticas baseadas na evidência, garantindo a melhoria contínua da qualidade assistencial e a proteção dos doentes em todos os níveis de cuidados. No 5º pilar do documento consagram-se as Práticas Seguras em Ambientes Seguros, reconhecendo que o contexto e as condições em que os cuidados são prestados influenciam diretamente a sua qualidade, segurança e efetividade (MS, 2021).

Neste enquadramento, a qualidade e a segurança são entendidas como dimensões indissociáveis, e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, gerais e especializados, articulam-se de forma direta com os objetivos do PNSD 2021-2026. A segurança é a base sobre a qual se constrói a prestação de cuidados eficazes, oportunos, apropriados e centrados no doente, garantindo que intervenções clínicas são realizadas minimizando riscos e prevenindo danos evitáveis. Assim, o plano estabelece metas que orientam as instituições para práticas mais eficientes e seguras, monitorizadas através de indicadores específicos, auditorias e sistemas de registo e análise de incidentes. Ao fortalecer estes pilares, o PNSD 2021-2026 contribui para a criação de ambientes clínicos robustos, nos quais a segurança do doente se torna parte integrante da cultura organizacional, promovendo melhores resultados em saúde e aumentando a confiança dos cidadãos nos serviços prestados (Ferreira & Fonseca, 2023; Glarcher & Vaismoradi, 2025; MS, 2021).

No âmbito específico da intervenção do EEEMC-PSC, a garantia da qualidade e da segurança dos cuidados implica uma avaliação rigorosa e contínua das necessidades da PSC, incluindo dimensões como o estado nutricional. A utilização de instrumentos de avaliação padronizados, a correta administração da terapia nutricional e a monitorização de potenciais complicações, constituem práticas essenciais para a prevenção de riscos e a promoção de resultados positivos em saúde. Simultaneamente, a adaptação do plano nutricional às condições clínicas, tolerância e, quando possível, preferências da PSC, reforça a humanização dos cuidados, o bem-estar e a promoção da saúde, em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de

Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Crossfield et al., 2021; Marques et al., 2024a; OE, 2001; 2017; Therrier et al., 2021).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Em conformidade com o atual plano de estudos do curso, está prevista a realização de dois estágios em três contextos distintos da prática clínica especializada. Com o propósito de garantir a anonimização e a proteção dos dados das instituições e seus respetivos profissionais, no presente documento, serão adotadas as denominações Unidade Local de Saúde-A [ULS-A] e Unidade Local de Saúde-B [ULS-B] para identificar as instituições onde foram desenvolvidos os estágios.

No decurso do segundo semestre do primeiro ano deste curso, surge o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizado no Serviço de NRI da ULS-A.

A atuação do EE na área da NRI em Portugal é ainda relativamente recente, encontrando-se em progressiva consolidação e crescimento no contexto da prática clínica especializada. A NRI corresponde a áreas altamente diferenciadas da medicina, focadas na realização de procedimentos minimamente invasivos, guiados por imagem, com finalidades diagnóstica e terapêutica, frequentemente em contextos de urgência ou emergência, o que reforça a relevância da intervenção do EE na monitorização, segurança e cuidado integral do doente submetido a este tipo de intervenções (Madeira et al, 2023; Nam et al., 2022; Singh et al., 2023).

Este carácter emergente despertou um particular interesse na realização de estágio neste âmbito, uma vez que se insere claramente na área da EEMC-PSC, atendendo à exigência de cuidados prestados à PSC, bem como à complexidade dos procedimentos realizados, que exigem elevada perícia técnica, vigilância contínua do doente e capacidade de resposta rápida a situações de instabilidade clínica.

O *Royal College of Radiologists* (RCR, 2023) destaca que os enfermeiros desempenham uma intervenção central em sala de angiografia, no que concerne a monitorização e avaliação rigorosa dos sinais vitais do doente, a administração segura de sedação e analgesia, e a prevenção de possíveis complicações, garantindo o bem-estar e a

futura readaptação funcional do doente – alinhado com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017). Para além destas funções, é indispensável que os profissionais de Enfermagem estejam devidamente capacitados, garantindo a realização de procedimentos de elevada qualidade e minimizando os riscos associados, sendo que a sua presença em sala de angiografia garante a segurança e conforto ao doente.

Ainda na ULS-A, mas já no terceiro e último semestre desta formação, integrado no Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, surge o estágio em contexto de UCIP, e o segundo contexto do mesmo, no SUGP da ULS-B.

O desenvolvimento de estágios em UCI e em Serviço de Urgência [SU] assume uma importância fundamental no contexto da EEMC-PSC, por se tratar de ambientes clínicos que prestam cuidados a doentes de elevada complexidade clínica, imprevisibilidade e com necessidade de intervenção rápida e especializada (Alsohime et al., 2021). Estes contextos permitem ao futuro EEEMC-PSC adquirir e consolidar competências avançadas na avaliação, monitorização e suporte das funções vitais da PSC, bem como no processo de tomada de decisão clínica em situações de risco iminente de vida. Em concordância, o Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica assinala, ainda, que adicionalmente, a realização destes estágios nestes contextos promove o desenvolvimento de capacidades técnicas e científicas, essenciais para a realização de procedimentos complexos. Mas também, e de acordo com o perfil de competências do EEEMS-PSC, competências relacionais, tanto com a PSC e sua família/cuidadores/pessoas significativas, como com a equipa multidisciplinar (Alsohime et al., 2021; Flores et al., 2022; OE, 2018a).

Para além dos contextos clínicos em que se realizaram os estágios, paralelamente a estes, foram ainda desenvolvidos estágios de observação de curta duração, permitindo a intercalação em diferentes áreas complementares. Estes ocorreram no Gabinete de Nutrição da ULS-A, com a equipa de Enfermagem da equipa UL-PPCIRA da ULS-A, no Gabinete da Qualidade e Segurança da ULS-A e na VMER da ULS-B. Todos estes estágios revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento das competências previstas e mostraram-se pertinentes para o tema central do presente relatório, proporcionando uma visão mais ampla e integrada da prática de Enfermagem especializada.

A ordem de realização dos estágios respeitou exclusivamente o definido no plano de estudos do curso. No entanto, consideramos que esta sequência se revelou adequada e benéfica, na medida em que permitiu uma evolução gradual da complexidade dos cuidados e das responsabilidades assumidas ao longo do percurso formativo, bem como uma transição mais segura. Atendendo ao facto de não existir experiência profissional prévia em nenhum destes contextos de estágio, esta ordenação contribuiu para uma adaptação progressiva aos diferentes serviços, reduzindo o impacto inicial e evitando que a integração em contextos altamente exigentes fosse vivenciada de forma demasiado abrupta. Desta forma, a sequência dos estágios favoreceu a consolidação de conhecimentos e competências.

Neste seguimento, surgem as caracterizações dos três diferentes contextos clínicos mencionados, com análise da sua estrutura, recursos físicos e humanos, e análise da gestão e produção de cuidados, à luz daqueles que são os documentos reguladores e normativos em vigor em Portugal.

Novamente, de referir que serão omitidos nomes, contextos geográficos e referências de documentos utilizados para a produção do texto, de forma a garantir a anonimização e a proteção dos dados das instituições e seus respetivos profissionais. Todas as descrições, dados e informações seguidamente apresentadas foram obtidas a partir de documentos orientadores e protocolos estabelecidos nos diferentes contextos, bem como de páginas *online* oficiais das respetivas ULS.

No final da caracterização de cada contexto, será apresentada uma análise das *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* [SWOT] (Speth, 2023), enquanto ferramenta de síntese e reflexão estratégica sobre os principais forças, fragilidades, oportunidades e ameaças identificados para cada local. Sendo que a análise realizada para a UCIP da ULS-A, será apresentada com adequação da temática estudada neste relatório. Para os sobrantes dois contextos, nomeadamente da NRI da ULS-A e SUGP da ULS-B, não será realizada a mesma relação, pois não considerámos pertinente. Tratam-se de contextos clínicos essencialmente sem internamento, e a intervenção e acompanhamento nutricional não se desenvolvem de forma direta ou continuada, dificultando a análise aprofundada desta temática.

2.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – A

A ULS-A resulta de um processo de reorganização e integração dos cuidados de saúde na região, enquadrado nas políticas nacionais de racionalização e articulação entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Tendo sido recentemente reestruturada por ordem de decreto-lei, a ULS-A atualmente integra cerca de 7 000 profissionais de diferentes áreas, divididos em 3 unidades hospitalares, bem como Serviços de Urgência Básica e todas as Unidades de Cuidados de Saúde Primários da região composta por 16 concelhos.

A sua criação teve como principal objetivo promover uma resposta mais eficiente, integrada e centrada no doente, assegurando a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida e dos diferentes níveis de complexidade assistencial.

Ao longo da sua evolução, a ULS-A tem vindo a adaptar-se às necessidades específicas da população da região, marcada por variações demográficas significativas e por uma forte sazonalidade, o que exigiu o reforço da capacidade de resposta clínica, organizacional e logística. Atualmente, a ULS-A assume-se como uma estrutura integrada e dinâmica, orientada para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados, bem como para a formação e desenvolvimento profissional, desempenhando um papel central no sistema de saúde regional.

Encontra-se organizada em termos de gestão intermédia e de topo, dividido em dez departamentos: cuidados de saúde primários, unidades de saúde pública, médico, cirúrgico, da mulher e da criança, psiquiatria e saúde mental, urgência e medicina intensiva, cuidados continuados e cuidados paliativos, cuidados especializados, apoio clínico e de diagnóstico.

Com uma orientação estratégica centrada na excelência e diferenciação dos cuidados de saúde, na geração de valor em saúde e no reforço da investigação científica em articulação com a academia, a ULS-A destaca-se pela sua forte vertente pedagógica. Esta concretiza-se através das atividades de ensino, formação e investigação, coordenadas pelo Departamento de Ensino, Inovação e Investigação.

A estes associam-se, ainda, os órgãos e comissões de apoio à gestão e de apoio técnico. O Apoio à Gestão assegura o funcionamento eficiente e integrado da instituição, englobando serviços essenciais nas áreas administrativa, financeira, logística, tecnológica e de recursos humanos. Estas unidades garantem o suporte necessário à atividade assistencial, promovendo

a gestão eficaz da informação, dos recursos, das infraestruturas e do acesso dos doentes aos cuidados de saúde. As Comissões e Órgãos de Apoio Técnico desempenham um papel fundamental na melhoria contínua da qualidade, segurança e ética dos cuidados prestados. Através de uma atuação multidisciplinar, estas estruturas contribuem para a definição de orientações técnicas, a monitorização de boas práticas clínicas, a promoção da segurança do doente e a conformidade normativa, apoiando a tomada de decisão e o desenvolvimento organizacional.

A instituição cumpre com auditorias internas regulares, nomeadamente nas áreas de Ambientes Seguros (Segurança física e incêndios, Segurança do equipamento, UL-PPCIRA) e nas áreas de Práticas Seguras (Reanimação, Alimentação segura, Medicação segura, Segurança cirúrgica, Parto seguro, Segurança na comunicação, Monitorização de indicadores de segurança, Comissão de feridas, Equipa de Gestão de Altas e Hospitalização domiciliária).

2.1.1. Serviço de Neurorradiologia e Radiologia de Intervenção

Inserido no segundo semestre do primeiro ano do curso, o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi realizado no Serviço de NRI da ULS-A, compreendido no período entre abril e junho de 2025.

Inserido no Serviço de Radiologia da ULS-A, a NRI encontra-se em funcionamento desde 2022 e integra uma equipa multidisciplinar, colaborando estreitamente com as unidades de Urgência Geral (Via Verde do Acidente Vascular Cerebral [AVC]), Unidade de AVC, UCIP, e serviços de internamento de Neurologia e Neurocirurgia da unidade hospitalar. Oferece uma resposta diferenciada a doentes com eventos neurovasculares, mas também no âmbito do diagnóstico e tratamento minimamente invasivo de doentes com múltiplas patologias dos diferentes sistemas de órgãos, otimizando os tempos de resposta a situações como a trombectomia mecânica.

Através de equipamentos de imagiologia avançada, com o único angiografo biplanar da região, a missão do serviço é apoiar o diagnóstico e tratamento de doentes com alterações neurovasculares e afins, tanto em regime de urgência como intervenções programadas. No atendimento agudo, destacam-se a trombectomia mecânica nos doentes com AVC isquémico e intervenções endovasculares em doentes com AVC hemorrágico, e tratamento de doentes

com vasospasmo cerebral importante. Em contexto programado, realiza-se o tratamento de doentes com aneurismas cerebrais, malformações vasculares (arteriovenosas ou durais) e estenoses carótídeas/intracranianas, bem como procedimentos percutâneos na coluna vertebral para alívio álgico em doentes com dor crónica.

Estruturalmente, a ULS-A tem apenas uma sala de intervenção de NRI com condições de controlo térmico e de humidade, mas sem sistema de pressão controlada. Esta integra o angiografo biplanar, uma zona de anestesia devidamente equipada com ventilador anestésico com uma estação de computador acoplada, fármacos e outros dispositivos médicos consumíveis necessários aos diferentes procedimentos invasivos realizados (com reposição semanal e verificação de respetivas validades e integridade de periodicidade mensal), seringas de perfusão, monitor de parâmetros vitais, equipamento de aquecimento de maca, múltiplos armários para armazenamento de material específico de intervenção angiográfica e frascos de contraste ionizante, e equipamento de proteção radiológica individual. Tratando-se de procedimentos que requerem técnica assética cirúrgica, a entrada da sala dispõe de um lavatório destinado à correta higienização das mãos antes do acesso à sala de intervenção.

Aquando do início de funcionamento da sala, a equipa multidisciplinar não integrava profissionais de Enfermagem. Contudo, um ano após início de atividade, foi formada uma equipa de Enfermagem. Até à data de realização deste relatório, a equipa de Enfermagem consagra 12 elementos, entre os quais 6 enfermeiros de cuidados gerais e 6 EE's nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação.

Considerando que a sala de angiografia é equiparada a uma sala de Unidades de Exames Especiais, é aplicado o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019b) com o requisito de a equipa integrar EE em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que, até à data, não se confirma. Alinhado com as indicações da *Royal College of Radiologists* (RCR, 2023), o regulamento acima referido determina, também, que aquando da realização de procedimentos sob sedação ou anestesia, devem estar presentes dois elementos da equipa de Enfermagem na sala. Contudo, e conseqüente à falta de recursos humanos, não se verifica o cumprimento total destas recomendações. A equipa de Enfermagem, que não é afeta ao Serviço de NRI, garante cobertura de cuidados no horário completo e a todos os dias da semana, mas frequentemente apenas com 1 elemento. Ainda assim, a equipa assume o compromisso e esforço de melhoria progressiva já se verificando o cumprimento destas dotações por alguns períodos da escala horária.

Inicialmente, os registos de Enfermagem eram realizados em formato papel com armazenamento de todos os documentos escritos, mas posteriormente ao período de estágio, foi possível a informatização dos mesmos com o sistema informático *PatientCare*.

Embora a consulta de Enfermagem ainda não esteja oficialmente reconhecida, o Serviço de NRI já realiza procedimentos eletivos em regime de internamento e de ambulatório, garantindo cuidados de Enfermagem completos na seleção e preparação do doente e das famílias/cuidadores/pessoas significativas, execução do procedimento na sala, recobro, alta clínica e acompanhamento à distância nos 7 dias seguintes. A abertura oficial da consulta de Enfermagem encontra-se considerada num projeto de melhoria contínua, reforçando o compromisso da unidade com a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente e sua família/cuidadores/pessoas significativas, previsto para aprovação ainda no ano de 2026.

A análise SWOT (Speth, 2023) do Serviço de NRI da ULS-A encontra-se apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Análise SWOT do Serviço de NRI da ULS-A

<i>Strengths</i> (Forças)	<i>Weaknesses</i> (Fraquezas)
• Único angiografo biplanar da região; • Elevada diferenciação técnica e clínica; • Articulação eficaz com o SU, Unidade de AVC, UCIP e os serviços de internamento de Neurologia e Neurocirurgia; • Resposta rápida a eventos neurovasculares agudos; • Equipa multidisciplinar diferenciada; • Integração progressiva da Enfermagem, incluindo EE's; • Informatização dos registos de Enfermagem.	• Existência de apenas uma sala de angiografia; • Ausência de sistema de pressão controlada na sala; • Equipa de Enfermagem não afeta exclusivamente ao Serviço de NRI; • Ausência de EE em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; • Dificuldades no cumprimento contínuo das dotações recomendadas; • Consulta de Enfermagem ainda não formalmente instituída.
<i>Opportunities</i> (Oportunidades)	<i>Threats</i> (Ameaças)
• Criação e formalização da consulta de Enfermagem (prevista para 2026); • Crescente valorização das técnicas minimamente invasivas; • Desenvolvimento e especialização da equipa de Enfermagem; • Possível afetação futura de equipa dedicada ao Serviço de NRI; • Utilização dos registos informatizados para melhoria contínua.	• Dependência de um único equipamento e sala de angiografia; • Escassez de enfermeiros com formação diferenciada de Enfermagem Perioperatória; • Elevada exigência técnica e pressão na prestação de cuidados; • Risco de desgaste profissional; • Possíveis atrasos na implementação de projetos estruturantes.

Fonte. Elaboração própria, com base na metodologia de análise SWOT (Speth, 2023).

2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A UC de Estágio em Enfermagem à em Situação Crítica com Relatório, inserida no primeiro semestre do segundo ano do curso, compreendia dois contextos de estágios. O primeiro contexto onde foi realizado o estágio foi a UCIP da ULS-A, sendo que este momento formativo aconteceu entre os meses de setembro e novembro de 2025.

A UCIP da ULS-A, inserida no departamento de urgência e medicina intensiva, é uma unidade de cuidados intensivos de natureza polivalente, ou seja, preparada para receber doentes em situação crítica com diferentes necessidades clínicas (médicas e cirúrgicas) e necessidades de suporte avançado às suas funções vitais. No SNS português esta tipologia corresponde habitualmente a cuidados de nível elevado - nível III - significando que consegue dar resposta a doentes com uma ou mais disfunções orgânicas requerendo suporte de órgão, garantido pela permanência contínua da equipa médica e de Enfermagem altamente especializadas, e com recurso a equipamentos avançados (OE, 2019b).

O serviço de medicina intensiva da unidade hospitalar, incluindo a UCIP, tem como missão prestar cuidados de excelência à PSC, com ênfase na qualidade, competência, rigor, eficiência e humanização dos mesmos. O serviço dirige-se à estabilização e suporte integral da PSC, assegurando vigilância contínua e terapêutica intensiva das funções vitais (respiratória, cardiovascular, renal, neurológica, etc.), sempre com prioridade à dignidade do doente. A equipa de profissionais está empenhada em oferecer cuidados personalizados e seguros, orientados pelo cuidado centrado na PSC e por protocolos baseados na evidência científica mais recente.

Paralelamente à assistência clínica, a UCIP colabora na formação pré-graduada de estudantes de Enfermagem em contexto clínico, assim como na formação pós-graduada, incluindo especializações e mestrados profissionais em Enfermagem. Em 2018, a UCIP recebeu o reconhecimento de idoneidade formativa tipo C (nível máximo), abrangendo médicos em formação específica e médicos especialistas no ciclo de estudos especiais em Medicina Intensiva. Finalmente, garante a investigação clínica em parceria com instituições académicas o que reforça a atualização permanente dos cuidados de saúde prestados.

Com a responsabilidade de cobrir cuidados especializados a cerca de 580 000 habitantes da região, a UCIP recebe principalmente doentes em condição clínica grave das áreas médica e cirúrgica (por exemplo, doentes em pós-operatórios de cirurgia geral, ortopédica, traumas

graves, choque séptico, paragem cardiorrespiratória, insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal aguda, disfunção multiorgânica, e casos complexos de eventos cerebrovasculares).

Reestruturada e inaugurada em 2022, a nova UCIP, estruturalmente, dispõe de uma lotação máxima de 16 unidades de doentes equipadas e completas, sendo 14 delas dispostas em estilo *open-space*, uma em espaço fechado e outra em quarto fechada com condições para assegurar medidas adicionais dos diferentes tipos de isolamento, incluindo capacidade de gerar diferentes pressões ambientais. Adicionalmente, encontramos vários gabinetes de Enfermagem e médicos, 1 armazém clínico avançado, 1 sala de espera para visitas, 1 sala para reuniões familiares, 1 copa, e 1 sala de utilização multiusos.

Até ao momento de realização deste relatório, a equipa de Enfermagem da UCIP era composta por 54 profissionais, sendo que 35 destes são enfermeiros de cuidados gerais, 13 são EE's na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5 na área da Enfermagem de Reabilitação, e 1 Enfermeiro-Gestor. A equipa estava organizada em cinco equipas, na qual uma inclui enfermeiros com tipologia de horário fixo/especial, e as restantes quatro são formadas por enfermeiros a cumprir horários rotativos. Cada equipa tem um elemento que assume funções de chefia de equipa, que além de participar diretamente na prestação de cuidados, acumula funções de gestão ao longo da jornada do turno.

O cálculo das dotações seguras de cuidados de Enfermagem, conforme estabelecido no Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019b), preconiza que “os valores de referência para os indicadores a utilizar devem corresponder aos valores consolidados (média) dos últimos dois anos, em cada instituição” (p. 139). De acordo com este regulamento, nas UCIP's de nível III, o rácio recomendado é de 1 enfermeiro por doente (1:1). Para além do rácio enfermeiro/doente, o mesmo regulamento afirma que a constituição das equipas de Enfermagem nas UCIP's deve assegurar que, pelo menos, 50% dos profissionais sejam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente com especialização na Área da PSC, garantindo a sua presença de forma permanente ao longo das 24h. Adicionalmente, nas UCIP's de nível III, é recomendado um rácio de 12h de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 doentes, assegurado diariamente, e em todos os dias da semana.

O cumprimento destas orientações, tanto no que respeita ao número de profissionais como ao nível de qualificação e competência da equipa, é determinante para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde, bem como para o alcance dos objetivos institucionais (OE, 2019b). No entanto, a realidade atual encontra-se fortemente condicionada pela escassez de recursos humanos, o que dificulta o cumprimento integral das recomendações da OE. Na prática, verifica-se frequentemente uma subdotação com o rácio enfermeiro/doente de 1:2, em desacordo com o previsto para UCIP de nível III. Do mesmo modo, não é possível garantir a presença permanente de 50% de EE's, nem o rácio recomendado de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Relativamente a este último ponto, constatou-se que, em cada turno, apenas se encontra alocado um EE em Enfermagem de Reabilitação, exercendo funções em jornadas de trabalho de 8h, o que se revela insuficiente para assegurar a cobertura de cuidados especializados preconizada ao longo das 24h.

A metodologia de trabalho de Enfermagem utilizada na UCIP da ULS-A baseia-se no método individual, seguindo a metodologia científica de Enfermagem conforme o Modelo Conceptual da Instituição e o Modelo Teórico de Nancy Roper. Embora centrado no cuidado individual, o trabalho em equipa é mantido para responder rapidamente a instabilidades hemodinâmicas. Os cuidados são prestados de forma multidisciplinar, em colaboração com médicos, terapeutas de diferentes áreas, dietistas/nutricionistas, assistentes operacionais e assistentes sociais, garantindo a satisfação das necessidades do doente e da família/cuidadores/pessoas significativas e a qualidade do atendimento.

O sistema informático utilizado para realização de registos de Enfermagem é o *PatientCare*.

Em paralelo com a prestação de cuidados de Enfermagem direta, a equipa de Enfermagem e médica da UCIP, numa primeira instância, assegura o funcionamento da Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMIH] da ULS-A.

Finalmente, importa destacar um projeto da UCIP que consiste numa *newsletter online* mensal, partilhada no seio da equipa multidisciplinar do serviço, que destaca divulgação científica recente, indicadores de desempenho, boas práticas, *guidelines* atuais ou produção científica interna ou externa dos elementos da equipa.

Os dados do relatório de gestão e contas da ULS-A, referente ao ano de 2024, verifica-se que esta unidade apresentou uma taxa de ocupação de 55,8%, representando uma diminuição face a 2023 que registou uma taxa de 72,45%. No que respeita ao tempo médio de internamento, os valores apresentados revelam períodos de cerca de 18,5 dias em 2023 e à semelhança do dado anterior, em 2024 houve uma redução com registos de períodos de internamento de cerca de 17,4 dias. O mesmo relatório referente ao ano de 2025 ainda não foi divulgado pela instituição.

A análise SWOT (Speth, 2023) da UCIP da ULS-A em articulação com a temática em estudo encontra-se apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Análise SWOT da UCIP da ULS-A

<i>Strengths</i> (Forças)	<i>Weaknesses</i> (Fraquezas)
• Equipa de Enfermagem com EEEMC-PSC. • Disponibilidade de avaliação por calorimetria indireta e de variedade de bolsas de NE. • Existência de protocolos institucionais de gestão nutricional. • Existência de um enfermeiro elo de ligação da governação clínica da alimentação segura, que realiza auditorias bimestrais para avaliação do risco de compromisso nutricional segundo normas da DGS. • Existência de uma equipa médica com especial dedicação à área da gestão nutricional da PSC. • Boa comunicação e articulação da equipa multidisciplinar com nutricionista, individualização de objetivos nutricionais e acompanhamento diário.	• Ausência de um elemento da equipa de Enfermagem com dedicação específica à avaliação nutricional. • Realização irregular da calorimetria indireta devido a limitações de tempo e recursos humanos. • O protocolo de NE encontrava-se desatualizado, antes da intervenção realizada.
<i>Opportunities</i> (Oportunidades)	<i>Threats</i> (Ameaças)
• Atualização do protocolo de NE, alinhando a prática com a evidência científica atual. • Potenciar a utilização da calorimetria indireta, através de melhor organização dos recursos e responsabilidades. • Possibilidade de reforço da formação da equipa de Enfermagem na área da gestão nutricional da PSC. • Continuidade das auditorias da governação clínica de Alimentação Segura.	• Sobrecarga de trabalho da equipa de Enfermagem, que pode limitar a realização de avaliações nutricionais mais diferenciadas. • Possível subutilização de recursos disponíveis, como o equipamento de calorimetria indireta. • Necessidade de atualização contínua de protocolos, podendo ocorrer desfasamento face às recomendações mais recentes.

Fonte. Elaboração própria, com base na metodologia de análise SWOT (Speth, 2023).

2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – B

A ULS-B é uma das mais recentes unidades integradas do SNS em Portugal, criada oficialmente em virtude de um Decreto-lei de 2023, que reorganizou várias estruturas de prestação de cuidados de saúde. A ULS-B entrou em funcionamento a partir do início do ano passado, resultando da fusão, por agregação, de um antigo centro hospitalar com outras instituições de saúde e Unidades de Cuidados de Saúde Primários, numa lógica de integração organizacional e clínica.

Esta ULS engloba múltiplas valências dos cuidados de saúde hospitalares e primários, tendo sob a sua gestão serviços hospitalares, unidades especializadas e um conjunto de centros de saúde. Em termos hospitalares, a ULS-B inclui seis unidades hospitalares, com uma capacidade de internamento superior a 1 500 camas, estendendo a sua atividade a várias especialidades médicas e cirúrgicas, Maternidade, Pediatria e Psiquiatria. Ao nível dos cuidados de saúde primários, integra cerca 30 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e de Saúde Familiar, bem como outras 5 unidades funcionais, todas orientadas para garantir a continuidade e proximidade dos cuidados à população.

Com cerca de 10 000 profissionais a exercer funções, a área de influência direta desta ULS abrange um total de 17 freguesias, servindo uma população residente de perto de 400 000 pessoas e mais de 440 000 doentes estão registados nos cuidados de saúde primários.

A missão da ULS-B centra-se na prestação de cuidados de saúde diferenciados, seguros, eficazes e integrados, em articulação com outras entidades do SNS, promovendo práticas baseadas nas melhores evidências clínicas, eficiência na utilização de recursos e foco na experiência e necessidades do doente. Esta missão assenta também na promoção de atividades de investigação, ensino, prevenção da doença, continuidade de cuidados e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2.2.1. Serviço de Urgência Geral Polivalente

O segundo contexto da UC de Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, decorreu no SUGP da ULS-B. Este estágio teve lugar entre novembro de 2025 e janeiro de 2026.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, um serviço de urgência polivalente é aquele que dispõe de recursos médico-cirúrgicos completos e valências especializadas, sendo “nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área” (p. 20674). Este deve possuir, além das valências básicas de urgência, especialidades de elevada diferenciação como Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção, Cirurgia Cardiorádica, Cirurgia Plástica/Reconstrutiva, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, bem como imagiologia avançada (angiografia digital, ressonância magnética) e patologia clínica com toxicologia, articulando-se ainda com urgências específicas de Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia e Psiquiatria (MS, 2014).

O SUGP da ULS-B reúne estas características, prestando assistência em saúde à população numa área de influência alargada (superior a 2 milhões de pessoas) ininterruptamente ao longo do dia, todos os dias da semana. Assim, desde o ano de 2015 que o serviço é reconhecido pela Rede Nacional de Urgência e Emergência como Serviço de Urgência Polivalente e Centro de Trauma.

Em 2024, tornou-se dos primeiros Centros de Responsabilidade Integrado [CRI] do Serviço de Urgência [CRISU] do SNS com um projeto-piloto que definiu incentivos e modelos de gestão diferenciada para equipas dedicadas exclusivamente ao SUGP.

Constituído por uma equipa multidisciplinar de cerca de 339 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, terapeutas de diferentes valências, assistentes operacionais, entre outros) totalmente alocados ao SUGP, o serviço tem como objetivo principal aumentar a qualidade e eficiência dos cuidados prestados ao doente, reduzindo tempos de espera, otimizando fluxos clínicos e melhorando a satisfação dos doentes e profissionais. Para tal, foram definidos indicadores de desempenho (acesso, qualidade, eficiência, integração de cuidados) e previstos incentivos financeiros, conforme metas atingidas. O modelo de CRI implica autonomia organizativa, equipa estável e avaliação por resultados, rompendo com a gestão tradicional.

Em 2025, um ano após a criação, já se registou uma melhoria de 10% no tempo médio até ao atendimento médico inicial, um aumento de 32% no encaminhamento para consultas de ambatório, e uma redução dos doentes frequentes e de doentes fora da área de influência. O projeto CRI também permitiu reter profissionais na unidade hospitalar e preparar a instituição

para as futuras urgências do SNS, incluindo a formação de novos especialistas na área de Medicina de Urgência.

A missão declarada do SUGP é garantir à população da sua área de referência a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de grande qualidade. Entre os objetivos principais estão, também, a redução dos tempos de espera, a melhoria dos processos e fluxos assistenciais e da satisfação dos doentes, sem descuidar o bem-estar dos seus profissionais.

As valências clínicas cobertas incluem, entre outras: Anestesiologia, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e de Reconstrução, Cirurgia Vascular, Cirurgia Maxilo-facial, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Psiquiatria, Cardiologia de Intervenção e Gastroenterologia. Estas especialidades permitem dar resposta a lesões e doenças de elevada complexidade. O serviço assegura suporte a seis vias-verdes: AVC, coronária, monotrauma, colo de fémur, sépsis e trauma.

Em termos de recursos humanos, existe um corpo médico de urgência (ainda em consolidação para chegar a 24h diárias, abrangendo, até à data de realização deste relatório, apenas as 12h diurnas), uma equipa de Enfermagem e equipas de técnicos de diagnóstico/tratamento.

Relativamente à equipa profissional de Enfermagem do SUGP, esta é constituída por cerca de 150 elementos distribuídos em 5 equipas equitativamente e de acordo com o grau de diferenciação e competência de cada elemento, sendo que cada equipa é representada por um enfermeiro em funções de chefia de equipa. Todas as equipas são compostas por enfermeiros de cuidados gerais e EE's, em diferentes áreas. Registam-se um total de 29 EEEMC-PSC.

À semelhança do anteriormente verificado, os rácios enfermeiro/doente seguem as indicações estabelecidas Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019b) sobre o cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem em SU. É recomendado que 50% dos elementos da equipa sejam EEEMC-PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida [SAV], em permanência nas 24h. Contudo, persistem constrangimentos significativos ao cumprimento destas recomendações, decorrentes da escassez de recursos humanos e da insuficiente disponibilidade de profissionais de Enfermagem com formação diferenciada.

O circuito do doente, registado totalmente no sistema informático HCIS, compreende a admissão, a triagem, a avaliação clínica/tratamento e a decisão clínica/internamento/alta

clínica. A triagem é feita respeitando o Sistema de Triagem de Manchester, priorizando os casos urgentes.

Estruturalmente, o serviço encontra-se organizado em várias áreas funcionais. Dispõe de 4 salas de triagem, cada uma assegurada por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Manchester, e de múltiplos gabinetes destinados às diferentes especialidades médicas. Integra, ainda, 1 área de ambulatório, com equipa de Enfermagem e médica permanente, assegurando vigilância contínua, bem como 1 área destinada ao atendimento de doentes com mobilidade reduzida e permanência em maca, igualmente com vigilância contínua pela equipa de Enfermagem e médica. O serviço conta, ainda, com 3 salas de pequena cirurgia e 1 área restrita para doenças infecciosas, destinada ao acolhimento de doentes com suspeita de doença infecciosa de elevado risco de contágio. A unidade de observação é constituída por 5 salas com diferentes lotações, complementada por 4 salas de emergência e trauma, com capacidade para acolher até 5 PSC. O serviço dispõe ainda de 1 unidade de observação destinada a doentes com decisão clínica de transferência.

O SUGP presta igualmente cuidados ao doente com perturbação psiquiátrica e de saúde mental, dispondo de uma área de atendimento específica que funciona ao longo de todo o dia.

Por fim, integra a Clínica de Atendimento do Serviço de Urgência, criada como estratégia para desviar a afluência e descongestionar o serviço, constituindo uma área privilegiada de atendimento para onde são referenciados os doentes triados como não urgentes ou pouco urgentes.

O SUGP afirma-se, uma vez mais, como uma unidade inovadora, através da implementação de um projeto estruturado de fornecimento de informação às famílias/cuidadores/pessoas significativas, realizado em articulação com o Gabinete de Informações da unidade hospitalar. Diariamente, entre as 8h e as 20h, dois elementos da equipa de Enfermagem asseguram contactos telefónicos e o acompanhamento presencial das famílias/cuidadores/pessoas significativas durante os períodos de visita, disponibilizando informações clínicas, prestando esclarecimentos e promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica de proximidade entre os doentes, as suas famílias/cuidadores/pessoas significativas e a equipa clínica.

O método de trabalho adotado combina abordagens individuais e em equipa, em que cada profissional é responsável pelo cuidado integral de seus doentes atribuídos mediante o setor, garantindo que suas necessidades sejam plenamente atendidas.

A nível organizacional existem, ainda, a equipa de EEMIH assegurada diariamente pela equipa de Enfermagem do SUGP e por equipa médica do serviço de Medicina Intensiva alternada semanalmente com equipa de Anestesiologia, que se destina ao atendimento de qualquer PSC com necessidade imediata ou potencial de meios de suporte avançado de vida e suporte de órgão, dentro do perímetro da ULS-B; e a equipa do Posto Avançada da Medicina Intensiva (PAMI) que também presta atividade de transporte inter-hospitalar dentro da ULS.

A análise SWOT (Speth, 2023) do SUGP da ULS-B encontra-se apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Análise SWOT do SUGP da ULS-B

<i>Strengths</i> (Forças)	<i>Weaknesses</i> (Fraquezas)
• Reconhecimento como SUGP e Centro de Trauma; • Elevada diferenciação clínica e acesso a múltiplas especialidades médicas; • Implementação pioneira do modelo CRISU com autonomia e avaliação por resultados; • Melhoria comprovada da qualidade dos cuidados prestados; • Equipas multidisciplinares estáveis e dedicadas exclusivamente ao SU; • Circuitos diferenciados e boa organização funcional; • Projeto estruturado de humanização e comunicação com famílias/cuidadores/pessoas significativas; • Equipas especializadas intra-hospitalares (EEMIH; PAMI); • Possui um centro de treino de simulação com oferta gratuita anual a todos os profissionais.	• Escassez de recursos humanos de Enfermagem, sobretudo EEEMC-PSC; • Dificuldade no cumprimento das dotações seguras; • Corpo médico de urgência dedicado ainda em consolidação (24h não totalmente asseguradas); • Elevada complexidade organizacional; • Dimensão da equipa dificulta uniformização de práticas; • Sobrecarga frequente dos serviços prestadores de cuidados de saúde.
<i>Opportunities</i> (Oportunidades)	<i>Threats</i> (Ameaças)
• Consolidação e expansão do modelo CRISU; • Afirmação como centro formador de referência em urgência e emergência; • Reforço da formação contínua e especialização; • Melhor articulação com ambulatório e cuidados de saúde primários; • Utilização de dados clínicos para melhoria contínua; • Valorização estratégica da urgência no SNS.	• Elevada pressão assistencial devido à vasta área de influência; • Risco de desgaste/<i>burnout</i> dos profissionais; • Dificuldade na retenção e recrutamento de profissionais; • Dependência de decisões institucionais e políticas; • Aumento da complexidade clínica dos doentes; • Constrangimentos financeiros do SNS.

Fonte. Elaboração própria, com base na metodologia de análise SWOT (Speth, 2023).

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE

A formação ao nível do 2.º ciclo de estudos em Enfermagem, associada ao Mestrado em Enfermagem e EEMC-PSC, pressupõe o desenvolvimento de competências avançadas que ultrapassam a mera aquisição de conhecimentos técnico-científicos, integrando capacidades críticas, reflexivas, éticas, investigativas e relacionais.

O conceito de competência configura-se como um construto complexo que integra uma dimensão objetiva, passível de avaliação e mensuração; e uma dimensão subjetiva, intimamente associada aos comportamentos, atitudes e posicionamento do indivíduo em contexto de ação. A competência implica responsabilidade, flexibilidade, autonomia, capacidade de iniciativa e aptidão para lidar com situações novas e imprevisíveis. Do ponto de vista conceptual, traduz-se na articulação de diferentes saberes — *saber-saber*, *saber-fazer* e *saber-ser* — mobilizados de forma integrada pelo indivíduo, envolvendo conhecimentos globais e específicos de natureza científica, técnica, ética e relacional, bem como habilidades e valores indispensáveis a uma prática profissional eficaz e contextualizada (Marques et al., 2024b).

A OE encara competência como um fenómeno multidimensional, complexo, e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional (OE, 2003 *cit in* Marques et al., 2024b). Contudo, pressupõe igualmente uma reflexão sistemática sobre a ação, entendida como elemento central e dinamizador do processo de aprendizagem e do desenvolvimento de competências (Marques et al., 2024b).

Neste sentido, a análise crítico-reflexiva assume um papel central, constituindo-se como um elemento estruturante do processo de aprendizagem e de desenvolvimento profissional ao longo do estágio (Shin et al., 2022). A reflexão crítica sobre a prática tem sido amplamente reconhecida como um dos pilares fundamentais da formação especializada, permitindo ao profissional analisar criticamente as suas intervenções, questionar pressupostos, integrar a evidência científica e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados

(Johns, 2022; Katowa-Mukwato et al., 2022; Marques et al., 2024b). Através da reflexão sistemática e intencional, a experiência clínica deixa de ser apenas vivenciada, passando a ser compreendida, interpretada e transformada em conhecimento significativo, sustentando uma prática consciente e fundamentada.

No âmbito da Enfermagem especializada, particularmente em contextos de elevada complexidade e instabilidade clínica, como os que caracterizam aqueles em que a PSC se insere principalmente, a capacidade reflexiva assume especial relevância. Estes contextos exigem do EE competências acrescidas de tomada de decisão clínica, pensamento crítico, gestão do risco, liderança e articulação interdisciplinar, sustentadas na melhor e mais recente evidência científica disponível (Katowa-Mukwato et al., 2022; OE, 2018a; Papathanassoglou et al., 2014).

O EEEMC-PSC deve demonstrar competências específicas definidas pela OE, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados especializados, da gestão clínica, da formação, da investigação e da liderança em contextos críticos (OE, 2018a).

Paralelamente, surge a aquisição de competências de Mestre, que implica a capacidade de integrar conhecimentos avançados, aplicar metodologias de investigação, analisar criticamente a evidência científica disponível e contribuir para a melhoria da prática profissional e dos cuidados de saúde, conforme estipulado (AR, 2018).

Definidas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (AR, 2018), são 5 as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Portugal: capacidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos, capacidade de aplicação de conhecimentos e resolução de problemas, capacidade de integração de conhecimentos e tomada de decisão, capacidade de comunicação, e capacidade de aprendizagem ao longo da vida.

Neste sentido, a análise crítico-reflexiva da aquisição de competências constitui uma estratégia fundamental para evidenciar o percurso de desenvolvimento profissional ao longo do estágio, articulando os referenciais normativos e legais, e os regulamentos profissionais da OE, com a experiência prática vivenciada. Esta abordagem permite demonstrar não só os ganhos alcançados em termos de autonomia, responsabilidade e identidade profissional, mas também identificar limitações, desafios e áreas de desenvolvimento futuro, numa lógica de aprendizagem ao longo da vida e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados,

possibilitando assim compreender de que forma estas competências foram progressivamente desenvolvidas e mobilizadas na prática clínica (Benner, 2001; Katowa-Mukwato et al., 2022; Schön, 1983).

De acordo com Benner (2001), o processo de aquisição de competências desenvolve-se através de diferentes momentos de transformação. Inicialmente, verifica-se a transição do conhecimento abstrato para a sua aplicação efetiva na prática clínica. Num segundo momento, ocorre uma alteração na forma como a situação é apreendida, passando o profissional a perceber a situação de forma global e integrada, em detrimento de uma leitura fragmentada e centrada em acontecimentos isolados. Por fim, dá-se um reposicionamento do enfermeiro, que deixa de assumir um papel meramente observacional para se tornar um interveniente ativo e integrante da própria situação.

A autora salienta, ainda, que o desenvolvimento de competências não resulta exclusivamente da aquisição ou do aprofundamento de conhecimentos teóricos e habilidades técnicas, sendo imprescindível a reflexão crítica sobre a prática. É através deste processo reflexivo que o profissional analisa os diferentes contextos e experiências, transformando a informação e os dados obtidos em competências efetivamente mobilizáveis para a prática clínica (Benner, 2001).

Schön (1983), um autor anterior a Benner, já trazia estas ideias. Este defende que os profissionais não são meros executores de técnicas, mas *praticantes reflexivos* que constroem conhecimento enquanto atuam em situações reais e complexas. Em vez de aplicarem regras fixas, confrontam problemas mal definidos e cheios de incerteza, e que obrigam a uma leitura contextualizada, considerando a singularidade de cada caso.

Assim, o presente capítulo tem como objetivo analisar, de forma crítico-reflexiva, o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas de EEEMC-PSC, em paralelo com as competências de Mestre, evidenciando a inter-relação e complementaridade entre todas no desenvolvimento da prática profissional avançada e sustentada nas experiências de estágio, tendo por base o planeamento das atividades previamente definidas no Projeto Individual de Estágio, a evidência científica atual e os referenciais profissionais. Pretende-se mostrar a evolução do pensamento crítico, da capacidade de decisão clínica e da identidade profissional enquanto EEEMC-PSC, bem como o impacto da formação avançada na qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC.

O registo contínuo de todas as atividades e experiências desenvolvidas ao longo do período prático, em formato de diário de bordo escrito, revelou-se um apoio fundamental ao processo de reflexão e análise, permitindo a organização das experiências vivenciadas e facilitando, na fase final do estágio, a recuperação da informação necessária à descrição, análise crítico-reflexiva e fundamentação das atividades realizadas no presente relatório.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE

A análise das competências comuns do EE, em articulação com as competências de Mestre, constitui um elemento fundamental para a compreensão do desenvolvimento profissional avançado e da consolidação de uma prática clínica diferenciada.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, da OE (2019a), as competências comuns do EE são transversais a todas as áreas de especialidade em Enfermagem, refletindo a necessidade de assegurar uma base comum de atuação profissional, sustentada em elevados padrões de qualidade, segurança e ética, independentemente do contexto ou área de intervenção. Esta transversalidade justifica-se pela complexidade crescente dos cuidados de saúde e pela exigência de uma resposta integrada, consistente e baseada na evidência científica atual, na qual o EE assume um papel de referência clínica, formativa e organizacional.

O referido regulamento estrutura as competências comuns em 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a). Por sua vez, estas encontram-se intimamente articulados com as competências de Mestre, nomeadamente ao nível do pensamento crítico, da tomada de decisão fundamentada, da investigação e da liderança na prática clínica, constituindo a base sobre a qual se desenvolvem as competências específicas de cada especialidade.

A. Competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

- | |
|--|
| <p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional;</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> |
|--|

Competências de Mestre

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2019a, p. 4746.

Documentos como a Deontologia Profissional de Enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] e a legislação portuguesa em vigor, são estruturantes para a profissão, pois orientam a tomada de decisão ética e legal, promovendo uma atuação profissional responsável, segura e centrada no doente (Coelho et al., 2025; Klotz et al., 2022; Nunes & Amaral, 2022).

A competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares fundamentais da prática de Enfermagem, assumindo particular relevância no exercício da Enfermagem especializada. Este domínio enquadra-se nos princípios orientadores da profissão e encontra-se sustentado por um conjunto de documentos legais, normativos e éticos que regulam o exercício profissional, garantindo a qualidade, a segurança e a legitimidade dos cuidados prestados (Nunes & Amaral, 2022; OE, 2015b). A complexidade crescente das intervenções realizadas ao doente, associada à autonomia e responsabilidade acrescidas do EE, tornam imprescindível o conhecimento aprofundado e a aplicação rigorosa destes referenciais na prática clínica.

Estudos conduzidos por Ahmed et al. (2022) demonstram que, numa equipa de Enfermagem de uma UCIP de um hospital egípcio, cerca de metade dos profissionais apresenta um nível moderado de conhecimento relativamente a questões de ética profissional em contexto de PSC, enquanto a restante equipa demonstra um nível considerado insuficiente. Estes resultados evidenciam lacunas significativas ao nível do conhecimento ético, sublinhando a necessidade de investimento contínuo em formação e desenvolvimento profissional nesta área.

Klotz et al. (2022) e Coelho et al. (2025), apresentam argumentação semelhante, defendendo que a tomada de decisão ética, é fundamental na prática da Enfermagem, resultado da crescente complexidade dos contextos clínicos e das necessidades em saúde dos doentes, e por conseguinte as responsabilidades dos enfermeiros estão a aumentar. Também, destacam a importância do assunto naquela que é a experiência individual de sofrimento moral do profissional, enumerando as diferentes consequências negativas adjacentes à falta de

maturidade ética e moral, como a perda da qualidade dos cuidados prestados, o *burnout* profissional, a intenção de abandono da profissão e, em última instância, o afastamento definitivo da prática profissional.

Em consonância com estes achados, o estudo desenvolvido pelas autoras portuguesas, Reis e Oliveira, e publicado em 2012, evidencia que apesar do reconhecimento da relevância da ética na prática de Enfermagem, a formação ética inicial é percecionada como insuficiente para preparar os enfermeiros para a complexidade dos dilemas éticos contemporâneos, particularmente em contextos clínicos altamente diferenciados e de elevada exigência emocional, como o da PSC. As autoras salientam que os profissionais se confrontam frequentemente com situações eticamente complexas para as quais não se sentem plenamente capacitados, revelando dificuldades na tomada de decisão ética e no raciocínio moral. Embora se trate de um estudo não recente, demonstra que esta preocupação já se encontrava identificada há mais de uma década e assume especial pertinência no contexto nacional, pois verificámos uma escassez de estudos atuais que explorem esta problemática.

Sendo a deontologia o estudo do dever, o documento regulador da Deontologia Profissional de Enfermagem constitui o referencial ético da profissão, definindo os valores, princípios e deveres que orientam a conduta dos enfermeiros no exercício da sua atividade. Este documento, integrado no Estatuto da OE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e alterado pela Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro, estabelece normas de carácter moral e ético que estabelecem como valores da profissão a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, o altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. A Deontologia Profissional de Enfermagem orienta a tomada de decisão ética em situações complexas, incluindo dilemas morais, conflitos de valores em contextos de elevada vulnerabilidade, assumindo particular relevância em ambientes clínicos exigentes, como os cuidados à PSC (AR, 2024). A sua aplicação não se limita ao cumprimento formal de normas, constituindo antes um guia para uma prática profissional responsável, humanizada e centrada no doente (Nunes & Amaral, 2022). Em complemento, surgem os princípios bioéticos definidos por Beauchamp e Childress em 2002: a promoção da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência.

Por sua vez, o REPE, regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, enquadra-se no domínio legal e normativo, definindo as condições, competências, deveres e limites do exercício profissional do enfermeiro. Este regulamento estabelece o enquadramento

jurídico da profissão, clarificando as responsabilidades legais do enfermeiro, os atos profissionais que lhe são próprios, bem como as condições para o exercício autónomo e responsável da Enfermagem. O documento tem como finalidade assegurar a proteção do doente e da sociedade, promovendo uma prática segura, competente e conforme a legislação em vigor, funcionando também como instrumento de salvaguarda da prática profissional do enfermeiro (MS, 1996).

A competência comum no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal de EE, e inevitavelmente a competência c) de Mestre, estão em clara concordância com estes documentos. Descrito no artigo 99º - Princípios gerais da Deontologia Profissional de Enfermagem (AR, 2024), conseguimos perceber a importância do respeito pela dignidade humana, confidencialidade, autonomia do doente e justiça na prestação de cuidados. Em paralelo, o REPE (MS, 1996) destaca no seu artigo 5º a importância da relação de ajuda entre enfermeiro e doente, devendo esta permitir uma aliança de capacitação deste último (Nunes & Amaral, 2022).

O enfermeiro é confrontado diariamente com múltiplas decisões com implicações éticas, muitas das quais emergem de forma implícita no decorrer da prática clínica. Em contextos de cuidados à PSC, a frequência e complexidade destas decisões aumentam significativamente, exigindo uma tomada de decisão contínua (Ahmed et al., 2022; Coelho et al., 2025). A tomada de decisão está intimamente ligada à autonomia. Sendo a autonomia a “capacidade humana de dar leis a si mesmo” (Nunes, 2024, p.87), no processo de decisão são considerados vários fatores internos (características individuais) e externos (contexto, ambiente). Pressupondo sempre uma escolha por parte do sujeito, existe sempre uma relação estreita entre este conceito, o raciocínio clínico e a responsabilidade, relacionados com a maturidade pessoal, o desenvolvimento profissional e a perícia clínica do enfermeiro (Nunes, 2024).

O EE, enquanto profissional com competências diferenciadas, assume um papel de referência no seio da equipa multidisciplinar, sendo-lhe exigida uma intervenção fundamentada, capaz de responder a situações clínicas complexas, dilemas éticos e contextos de elevada vulnerabilidade. Assim, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal não se limita apenas ao cumprimento normativo, constituindo antes um instrumento essencial para a proteção dos direitos do doente, para a salvaguarda da prática profissional e para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem (OE, 2019a).

É relevante destacar a importância do período teórico neste percurso, nomeadamente através da UC de Ética e Deontologia em Enfermagem e UC de Enfermagem e Formação, pois ofereceu um suporte teórico robusto, rigoroso e estruturado, sustentado na análise reflexiva dos documentos supramencionados, bem como de outros, como a Lei de Bases da Saúde, a Carta dos Direitos do Doente Internado, a Carta dos Direitos Humanos, a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Doentes do SNS, o Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência, o documento que legaliza a Diretiva Antecipada de Vontade, o Regulamento que define o ato do enfermeiro e a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Este estudo permitiu o desenvolvimento de uma visão mais criteriosa das situações posteriormente experienciadas em contexto prático de estágio, possibilitando a aplicação fundamentada destes documentos na prática clínica.

Tal como defendido anteriormente, a reflexão crítica é uma ferramenta fundamental ao desenvolvimento de competências, permitindo a tomada de decisão consciente e responsável (Benner, 2001; Katowa-Mukwato et al., 2022). Intrinsecamente ligada a esta, surge a reflexão ética. Quando enfrentados com um verdadeiro dilema ético, a competência da reflexão ética é convocada e a avaliação do dilema começa, com o objetivo de encontrar soluções ao mesmo (Hansen et al., 2024). Neste âmbito, foi também realizado um ensaio no contexto da UC de Ética e Deontologia em Enfermagem, o qual se articula com os princípios aqui descritos, reforçando a importância da reflexão ética na prática profissional.

Aquando do período prático, em contexto de estágio, vários foram os momentos marcados por situações complexas e desafiadoras, que invocam a capacidade de reflexão e avaliação dos domínios humanos, éticos e deontológicos. Decisões complexas sobre caminhos terapêuticos e de limites terapêuticos, conceitos de obstinação terapêutica, e até gestão consciente de recursos, marcaram a nossa atuação diária ao longo dos estágios, bem como dos profissionais de saúde que nos acompanhavam.

Nestes momentos, destacou-se a importância inerente à coesão da equipa multidisciplinar, que deve estar assente numa comunicação eficaz, colaboração contínua e alinhamento de objetivos, fatores essenciais na tomada de decisão e, consequentemente, na prestação de cuidados seguros, integrados e centrados no doente. A realização de reuniões de *debriefing* após situações de maior complexidade clínica e ética, foi uma estratégia que verificámos ser frequentemente utilizada pelas equipas de saúde. A evidência demonstra

vantagens associadas a esta estratégia de reflexão aplicada pós-evento crítico, nomeadamente melhoria da comunicação, redução de erros clínicos futuros e fortalecimento da cultura de segurança do doente (Nunes, 2025) – verificando uma estreita relação com os enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente satisfação do doente, promoção da saúde e prevenção de complicações (OE, 2017).

Nos contextos onde foram realizados os estágios confirmou-se ser uma estratégia importante, pois permitiu-nos perceber aspetos positivos e oportunidades de melhoria da atuação clínica, e aos profissionais crescer enquanto pessoas e prestadores de cuidados de saúde.

A competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assume um relevo crescente face à constante evolução tecnológica na área da saúde, particularmente em contextos de elevada complexidade como os cuidados à PSC. No âmbito do estágio em NRI, a abordagem ao doente com AVC isquémico através da trombectomia mecânica envolve tecnologia altamente especializada, equipamentos de elevado custo e equipas reduzidas, o que exige uma análise rigorosa e criteriosa de cada situação clínica. A tomada de decisão nestes contextos não se limita à avaliação da indicação clínica, integrando igualmente fatores éticos, organizacionais e de gestão de recursos.

A aplicação destes referenciais éticos e legais tornou-se particularmente evidente em situações concretas vivenciadas em contexto de estágio, onde experienciámos uma situação particularmente ilustrativa desta complexidade.

Num determinado contexto clínico, verificou-se uma situação que evidencia um claro dilema ético na gestão de recursos em saúde. Um doente com indicação de tratamento com trombectomia, e em condições clínicas particularmente frágeis, não pôde permanecer na ULS onde foi tratado por suposta inexistência de vaga para internamento, tendo sido posteriormente transferido para outra instituição, num processo complexo e com riscos associados. Esta decisão ocorreu num cenário em que já se colocavam dúvidas quanto ao equilíbrio entre os potenciais benefícios do procedimento e os riscos inerentes. Em simultâneo, foi possível garantir a última vaga em UCIP para outro doente admitido na mesma ULS. Ambos diferiam entre si na idade, diagnóstico e prognóstico clínico, sendo o segundo considerado com melhores perspetivas da sua recuperação funcional total. Esta

discrepância na resposta institucional, ocorrida num curto intervalo temporal, evidenciou a complexidade da tomada de decisão em contexto real e suscitou reflexão crítica quanto à equidade no acesso aos cuidados de saúde, à justiça distributiva e à priorização de recursos limitados.

Este pode ser considerado um dilema ético, que confronta conceitos como justiça e equidade, beneficência e não maleficiência. Perante o caso analisado, tornou-se evidente a complexidade inerente à tomada de decisão em contextos de cuidados altamente diferenciados. A conjugação de fatores clínicos, éticos, organizacionais e sociais, nomeadamente a escassez de recursos, a utilização de tecnologia de elevado custo e a existência de potenciais desigualdades no acesso aos cuidados, evidencia a necessidade de uma atuação profissional altamente qualificada (Beauchamp & Childress, 2002).

Este episódio constituiu um momento privilegiado de aprendizagem, permitindo-nos desenvolver competências de análise crítica, reflexão ética e tomada de decisão fundamentada, essenciais à prática do EE. Situações desta natureza confrontam-nos, enquanto futuros EE, com desafios éticos significativos, exigindo não apenas conhecimento técnico e científico, mas também uma sólida formação ética e legal. A necessidade de articular critérios clínicos, a disponibilidade de recursos, os interesses institucionais e os direitos do doente, evidenciam a importância do respeito pelos princípios da justiça, equidade e beneficência, bem como da defesa dos direitos do doente. Independentemente de fatores sociais, económicos e culturais, todos os doentes merecem uma prática profissional sustentada na evidência científica, nos referenciais éticos e legais da profissão e numa cultura organizacional orientada para a qualidade e segurança dos cuidados (AR, 2018; Beauchamp & Childress, 2002; OE, 2019a).

A autonomia é “pressuposto e alicerce” (p.89) na regulação da profissão, entendendo-se esta como a “capacidade de tomar decisões e agir livremente no seu domínio profissional” (p. 91) (Nunes, 2024). Ao EE é exigida a capacidade de aliar o conhecimento técnico e científico à realidade concreta da prática clínica, tornando as decisões mais robustas, fundamentadas e justificadas, sustentadas não só pela experiência profissional, mas, sobretudo, pela evidência científica atual, demonstrando competência para analisar, refletir, decidir e fundamentar todo esse processo decisório (AR, 2018; Beauchamp & Childress, 2002; Nunes, 2024; OE, 2019a).

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

B. Competência no domínio da melhoria contínua da qualidade.

- | |
|--|
| B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro. |
|--|

Competências de Mestre

- | |
|---|
| a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. |
|---|

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2019a, p. 4747.

À luz do enquadramento teórico-conceitual previamente apresentado sobre a qualidade em saúde e dos referenciais normativos e profissionais que orientam a prática de Enfermagem, importa aprofundar a competência no domínio da melhoria contínua da qualidade enquanto uma dimensão central do exercício do EE (AR, 2019; MS, 2021; OE, 2001; 2015a; OMS, 2020).

Enquanto a qualidade dos cuidados se afirma como um princípio estruturante do SNS e da prática profissional, a sua concretização exige uma abordagem sistemática, intencional e contínua, assente na monitorização de práticas, na análise crítica de resultados e na implementação de estratégias de melhoria sustentadas na evidência e na reflexão sobre a prática. Neste sentido, a melhoria contínua da qualidade assume-se não apenas como um objetivo organizacional, mas como uma responsabilidade profissional do EE, particularmente relevante em contextos de elevada complexidade, como os cuidados à PSC (Ferreira et al., 2025).

Nos últimos anos, o SNS português tem vindo a sofrer uma profunda reestruturação organizacional, com o objetivo de promover uma integração mais eficaz dos cuidados, maior coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Tradicionalmente, a prestação de cuidados era assegurada através de modelos organizativos segmentados, nomeadamente os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) ao nível dos cuidados de saúde primários, separados funcionalmente das unidades hospitalares. Este modelo organizacional refletia uma divisão clara entre os

diferentes níveis de cuidados, mas apresentava desafios em termos de continuidade assistencial e gestão integrada de recursos e processos clínicos (Ferreira & Fonseca, 2023).

A criação e expansão das ULS's representam uma evolução estrutural significativa, orientada para a integração vertical dos cuidados de saúde. Ao contrário dos ACeS, que se centram nos cuidados de saúde primários, as ULS's agregam estes com cuidados hospitalares e, em alguns casos, cuidados continuados integrados numa mesma entidade organizacional, com gestão administrativa, financeira e clínica unificada. Esta integração pretende reduzir fragmentações no percurso do doente, fomentar uma coordenação mais robusta entre níveis de cuidados, otimizar recursos e fortalecer uma visão centrada no doente ao longo de todo o processo da prestação de cuidados (Ferreira & Fonseca, 2023; PCM, 2023).

A transição para o modelo das ULS's foi impulsionada recentemente, em especial pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, e visa responder a desafios estruturais históricos do SNS, promover a eficiência, a continuidade dos cuidados e reforçar a governação clínica orientada para melhores resultados em saúde (PCM, 2023).

A governação clínica é entendida como um modelo de gestão e responsabilização que visa garantir que as organizações de saúde mantêm e melhoram continuamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, através da integração de práticas baseadas na evidência, auditoria clínica, gestão do risco, formação contínua e participação ativa dos profissionais com os doentes e família/cuidadores/pessoas significativas nos processos de tomada de decisão (Ferreira & Fonseca, 2023).

A revisão sistemática desenvolvida por Ferreira et al. (2025) vem comprovar estes factos. Os autores, que tinham como objetivo do seu estudo identificar a relação entre a governação clínica em Enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados, conseguiram reconhecer não só o impacto positivo da mesma na qualidade dos cuidados, como também na autonomia profissional, na articulação entre serviços e na satisfação dos profissionais, assumindo a liderança de Enfermagem um papel central neste processo.

A literatura evidencia que a melhoria contínua da qualidade exige a implementação de ciclos sistemáticos de avaliação, intervenção e reavaliação, em que os enfermeiros têm um papel central na identificação de problemas, implementação de mudanças e monitorização de resultados. Estudos sobre governação clínica em Enfermagem referem que a liderança de Enfermeiros-Gestores e EE's está associada à implementação bem-sucedida de programas de

melhoria, à utilização de auditorias clínicas e de indicadores de desempenho, e à maior adesão a práticas baseadas na evidência (Dias et al., 2025; Ferreira et al., 2025; Pires et al., 2026).

A segurança do doente é um dos pilares centrais da governação clínica, e a evidência obtida por Glarcher e Vaismoradi (2025) conclui que o EE influencia diretamente resultados como gestão segura da medicação, prevenção de infeções, continuidade de cuidados e adesão terapêutica, sendo essenciais para a construção de uma cultura de segurança que minimize eventos adversos e reforçando a necessidade de os envolver em programas de melhoria contínua, em alinhamento com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

O estudo de Patrician et al. (2025), concordante com estes resultados, refere que práticas de liderança clínica positiva se associam a maior envolvimento dos enfermeiros, melhor comunicação e redução de incidentes, reforçando a importância de desenvolver competências de liderança e governação clínica em todos os níveis de prática especializada. A governação clínica exige profissionais capazes de analisar criticamente a prática, utilizar a evidência científica e participar em investigação, o que se articula com as competências de Mestre de desenvolver aplicações originais em contexto de investigação e manter aprendizagem ao longo da vida, potenciando uma maior autonomia decisória, capacidade de desenhar e liderar projetos de melhoria e compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados.

A utilização de *check-lists* favorece a padronização dos procedimentos, melhora a comunicação, assegura o uso adequado dos equipamentos, previne complicações e evita o esquecimento de aspetos essenciais por parte dos profissionais (Canellas et al., 2020). Nos contextos de estágio, foi possível verificar que tanto a UCIP como a SUGP já integram esta estratégia na promoção de ambientes seguros, designadamente no transporte intra e extra-hospitalar de doentes e na preparação pré-operatória, recorrendo, em ambos os casos, a formatos digitais.

Assim, com o intuito de desenvolver e alcançar a competência no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, as atividades estabelecidas em projeto de estágio foram intencionalmente orientadas para a implementação, monitorização e avaliação de práticas, em consonância com os princípios da governação clínica e da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Inicialmente, revelou-se fundamental proceder à leitura dos protocolos, normas e instruções de trabalho em vigor nos diferentes contextos de estágio, bem como identificar os projetos em desenvolvimento ou em fase de operacionalização. Este processo teve como objetivo compreender o trabalho em curso e reconhecer as áreas problemáticas que requeriam atenção prioritária e que se encontravam definidas como focos de melhoria.

O Serviço de NRI foi, dos três contextos de estágio, aquele que considerámos o mais incompleto neste domínio. Como consequência da sua criação relativamente recente, com apenas dois anos de existência, tal como descrito no capítulo anterior, identificaram-se diversas áreas que necessitavam de investimento, nomeadamente ao nível dos registos de Enfermagem e da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS]. Neste sentido, a colaboração desenvolvida centrou-se na implementação de dois trabalhos.

Primeiramente, colaborámos no grupo de trabalho do projeto de melhoria contínua de “Implementação de Registos Eletrónicos na Consulta de Enfermagem de Neurorradiologia” (Apêndice A), que constituiu uma oportunidade relevante para participar na estruturação de projetos de cuidados especializados, contribuindo para a organização do processo de prestação de cuidados, a definição de intervenções de Enfermagem e a promoção da continuidade dos cuidados. Paralelamente, durante este período elaborámos, uma instrução de trabalho sobre “Descontaminação de Equipamento de Monitorização de Profundidade Anestésica” (Apêndice B) para implementação no Serviço de NRI, enquanto instrumento normativo e operacional, com impacto direto na padronização de práticas e na redução da variabilidade clínica, reforçando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, tendo em vista o alcance da prevenção e controlo das IACS (OE, 2017).

Ambos os trabalhos, elaborados em colaboração com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa de Enfermagem, até à presente data, ainda se encontram em fase de aprovação para posterior implementação no serviço, previsto ainda para o ano de 2026.

Ao longo do estágio em UCIP, foi possível constatar que a mesma dispunha de um grande suporte documental orientador da prática de Enfermagem, evidenciando uma preocupação estruturada com a normalização e qualidade dos cuidados prestados. Atendendo a que o tema central ao qual nos propusemos trabalhar incide sobre a “Gestão Nutricional do doente em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem”, tornou-se pertinente analisar

se os protocolos existentes nesta área se encontravam atualizados e alinhados com a evidência científica mais recente.

Da análise efetuada, verificámos que o protocolo em vigor relativo à gestão nutricional com nutrição entérica havia sido revisto em 2021, não incorporando as recomendações mais recentes das *guidelines* da ESPEN, publicadas em 2023. Face a esta desatualização, procedemos à revisão do referido documento, com o objetivo de adequar as práticas institucionais às orientações atuais e promover intervenções nutricionais mais seguras, eficazes e fundamentadas. Assim, resultou o documento “Protocolo Nutricional – Nutrição Entérica” (Apêndice C), com respetiva formação em serviço à equipa de Enfermagem da UCIP da ULS-A (plano de sessão da apresentação em Apêndice D e certificado em Anexo I). Esta atividade integrou a análise crítica da evidência científica e a sua tradução em orientações práticas, promovendo intervenções de Enfermagem mais seguras, eficazes e ajustadas à condição clínica da PSC em UCI, com impacto direto na prevenção de complicações, potenciando a organização dos cuidados, com melhoria dos resultados em saúde (OE, 2017).

Neste serviço, foi possível constatar a operacionalização da competência de “Garantir um ambiente terapêutico e seguro”, através da identificação inequívoca dos doentes que constitui um elemento central na promoção da segurança e qualidade dos cuidados. Esta acontece através da utilização de pulseiras de identificação em material resistente à água e a rasgões, garantindo a sua integridade ao longo de todo o período de internamento. Este procedimento é reforçado pela realização de auditorias internas regulares, que visam controlar o cumprimento das normas e identificar oportunidades de melhoria. Assim, conseguimos articular as práticas verificadas com a competência em análise, bem como com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017) ao prevenir complicações, promover práticas seguras e assegurar a prestação de cuidados centrados no doente.

Para além de assumir o papel de formadora e da partilha ativa de conhecimento junto das equipas, outra estratégia fundamental para o desenvolvimento da competência no domínio da melhoria contínua da qualidade consistiu na valorização da aprendizagem enquanto formanda. Neste contexto, a presença em formações centradas no manuseamento e utilização segura de novos equipamentos, na segurança do doente e na promoção de ambientes seguros, bem como

em temáticas mais específicas e diferenciadas, como a hemoadsorção, foram experiências formativas que contribuíram para o aprofundamento destas competências comuns ao EE.

A participação em auditorias clínicas, nomeadamente através da colaboração com o enfermeiro orientador na realização de auditorias ao carro de urgência da UCIP, constituiu igualmente uma estratégia relevante de melhoria contínua da qualidade. Estas auditorias permitiram avaliar a conformidade das práticas, identificar oportunidades de melhoria e reforçar uma cultura de segurança, responsabilidade profissional e vigilância sistemática dos cuidados.

Complementarmente, a realização de um estágio de observação no Gabinete de Qualidade e Segurança da ULS-A, em outubro de 2025, possibilitou uma compreensão mais abrangente dos processos institucionais de monitorização da qualidade, gestão do risco e implementação de estratégias de melhoria contínua. Os trabalhos desenvolvidos por esta equipa dividem-se em projetos de melhoria da qualidade, garantia da segurança do doente e apoio aos profissionais. A equipa atua, principalmente, na minimização do erro inerente à ação humana, com a consciência de que a sua extinção é impossível, devendo sempre, contudo, focar os esforços na sua mitigação. Esta experiência favoreceu uma visão integrada da qualidade em saúde, articulando a prática clínica com os sistemas organizacionais de governação, auditoria e avaliação de indicadores. Aprendemos que, contrariamente ao que poderíamos pensar, o principal indicador de segurança é a taxa de notificação, uma vez que quanto mais os contextos notificam ocorrências adversas, maior é o conhecimento sobre as áreas que necessitam de maior atenção e correção urgente.

Durante o estágio no SUGP tivemos a oportunidade de vivenciar uma experiência particularmente inovadora no contexto da prática clínica em Portugal. Em seguimento de uma ativação de Via Verde AVC, fizemos o acompanhamento do doente até ao Serviço de Radiologia para realização de exames de imagem complementares e assistimos à realização do primeiro procedimento na ULS-B em que um doente com AVC isquémico foi tratado através de fibrinólise com tenecteplase, no âmbito da implementação de um novo protocolo institucional. Este foi o primeiro doente a ser abordado com esta estratégia terapêutica na ULS-B, representando um momento relevante de atualização científica e melhoria dos cuidados prestados. A presença neste momento permitiu-nos observar de perto a aplicação de evidência científica recente na prática clínica, enquadrando-se no domínio da competência de

melhoria contínua da qualidade e reforçando a importância da inovação e da atualização constante na prestação de cuidados de saúde.

Importa ainda salientar que, previamente ao ingresso no curso, ao desempenho de funções como elo de ligação da Área de Governação Clínica de Práticas Seguras – Alimentação Segura no contexto profissional, associou-se a função de elo de ligação da Área de Governação Clínica de Conhecimentos Seguros como responsável da Formação em Serviço no mesmo serviço. Este papel tem permitido uma participação contínua na monitorização de práticas, atualização de protocolos e articulação com diferentes estruturas institucionais, reforçando a integração da evidência científica na prestação de cuidados, ampliando o meu contributo para a capacitação das equipas, disseminação do conhecimento e promoção de práticas seguras e de qualidade.

Deste percurso resulta uma consolidação progressiva da competência no domínio da melhoria contínua da qualidade, não apenas enquanto conjunto de atividades realizadas, mas enquanto forma estruturada de pensar, analisar e intervir na prática profissional. A participação ativa em projetos de melhoria contínua, a elaboração e atualização de instrumentos de trabalho, a realização de auditorias e a integração em estruturas formais de governação clínica permitiram desenvolver uma visão crítica da qualidade dos cuidados, reconhecendo a sua natureza dinâmica e dependente da articulação entre profissionais, contextos e processos organizacionais. Este processo contribuiu para o reforço da capacidade de identificar necessidades de melhoria, priorizar intervenções, mobilizar a equipa e sustentar decisões de forma fundamentada, promovendo uma prática mais consciente, segura e orientada para resultados em saúde.

Paralelamente, a articulação entre funções previamente assumidas no contexto profissional e as experiências proporcionadas ao longo dos estágios favoreceu a integração de saberes teóricos, metodológicos e práticos, traduzindo-se numa maior autonomia, responsabilidade e liderança no âmbito da governação clínica. A manutenção e ampliação dos papéis enquanto elo de ligação nas áreas da Alimentação Segura e da Formação em Serviço refletem, não apenas a consolidação das competências desenvolvidas, mas também o reconhecimento do futuro contributo enquanto EE na promoção da qualidade, segurança e desenvolvimento contínuo das equipas. Assim, este percurso formativo e profissional reforça uma atuação alinhada com os pressupostos da Enfermagem especializada e com os descritores

de competências do grau de Mestre, evidenciando um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados e com a excelência da prática de Enfermagem.

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

C. Competência no domínio da gestão dos cuidados.

- C1 - Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competências de Mestre

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2019a, p. 4748.

Neste grupo de competências, destacamos dois novos conceitos fundamentais: a liderança e a gestão.

Começando pela liderança, este conceito em Enfermagem é uma competência fundamental na prática da Enfermagem especializada habitualmente definida como a capacidade de influenciar, motivar e habilitar outros (profissionais e equipa) para agir de modo ético e profissional, visando alcançar objetivos comuns e melhorar a eficácia dos serviços de saúde (Carrapato, 2024).

Os estilos de liderança em Enfermagem podem ser compreendidos a partir dos contributos da literatura clássica da área da gestão e liderança, nomeadamente da obra de Huston (2022), que enumera diferentes estilos de liderança, como a liderança transformacional, transacional, situacional e *laissez-faire*, evidenciando o impacto de cada um na motivação das equipas, no processo de tomada de decisão e na qualidade dos cuidados. Carrapato (2024) acrescenta, ainda, a liderança carismática, democrática, autocrática e burocrática.

Estes modelos teóricos encontram enquadramento no contexto da Enfermagem especializada, conforme abordado por Marques et al. (2024b), que salientam a liderança como

uma competência central do EE, associada à governação clínica, à melhoria contínua da qualidade e à segurança dos cuidados. Assim, a articulação entre os modelos de liderança descritos por Huston e a perspetiva da Enfermagem especializada permite uma compreensão integrada da liderança em Enfermagem, sustentada teoricamente e alinhada com a prática profissional e a realidade dos cuidados de saúde.

Dias et al. (2025) refletem no seu artigo sobre como a liderança de Enfermagem e a governação clínica em contextos de urgência, potenciam uma melhoria dos resultados em saúde, salientando a necessidade de estilos de liderança transformacionais, aliados a processos de auditoria contínua e gestão do risco. Este estilo é particularmente destacado no contexto da Enfermagem por promover o envolvimento, a autonomia e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. De forma complementar, Kanninen et al. (2021) na sua revisão integrativa sobre intervenções que fortalecem a governação profissional em Enfermagem, demonstram que estruturas de decisão partilhada, equipas eficazes e o desenvolvimento de competências de liderança promovem ambientes de trabalho positivos e com maior envolvimento dos enfermeiros.

Semelhantes a estes, são vários os estudos que corroboram estes resultados, assumindo a liderança em Enfermagem como um pilar estrutural da governação clínica, particularmente quando orientada para a segurança do doente, a qualidade dos cuidados e a responsabilização profissional (Dias et al., 2025; Ferreira & Fonseca, 2023).

Nos três contextos de estágio foi possível observar diferentes estilos de liderança, refletindo abordagens distintas adotadas pelos respetivos Enfermeiros-Gestores. A experiência nos diversos serviços permitiu identificar três formas particulares de liderar uma equipa, evidenciando como o perfil, o contexto organizacional e as dinâmicas das próprias equipas influenciam o modo como estas competências são operacionalizadas na prática.

O Enfermeiro-Gestor do primeiro contexto de estágio, no Serviço de NRI, apresentou um estilo de liderança predominantemente transformacional e democrático, de acordo com os modelos descritos por Huston (2022) e Carrapato (2024). Demonstrava elevada acessibilidade e disponibilidade na comunicação, valorizando as opiniões da equipa e integrando sugestões sempre que adequadas. Recorreu frequentemente à delegação de funções, sobretudo a enfermeiros mais experientes e diferenciados, promovendo a autonomia e a partilha de responsabilidades. Evidenciava ainda uma forte orientação para o apoio e valorização dos

profissionais, nomeadamente através da flexibilidade na gestão de horários, do incentivo aos elementos mais novos e do reforço positivo, contribuindo para a motivação e coesão da equipa.

O Enfermeiro-Gestor do segundo contexto de estágio, a UCIP, evidenciou um estilo de liderança predominantemente situacional e burocrático, de acordo com os modelos descritos por Huston (2022) e Carrapato (2024), com características participativas e orientadas para a qualidade. Embora estivesse fisicamente presente no serviço, adotava uma postura discreta e observadora, com elevada atenção ao detalhe e à gestão de recursos. A correção de situações menos adequadas era realizada de forma individual e reservada, promovendo um ambiente de respeito e profissionalismo. Valorizava a calma e a organização do serviço, mantendo simultaneamente uma política de *porta aberta*, assegurando disponibilidade para apoiar os colaboradores sempre que necessário. Recorria frequentemente à delegação de funções, nomeadamente no enfermeiro responsável por chefia de turno, e demonstrava uma forte preocupação com a atualização de conhecimentos e a melhoria contínua da prática, refletindo uma liderança experiente, proativa e orientada para a excelência dos cuidados.

Finalmente, o Enfermeiro-Gestor do terceiro contexto de estágio, do SUGP, apresentou um estilo de liderança predominantemente delegativo, enquadrável no modelo *laissez-faire*, conforme descrito por Huston (2022). A sua presença no serviço era pouco frequente, devido à acumulação de funções, o que levou à organização da equipa em subequipas lideradas por enfermeiros chefes de equipa, responsáveis por diversas funções de gestão. Apesar de ser percecionado como uma figura distante no quotidiano do serviço, demonstrava elevada acessibilidade e disponibilidade sempre que era necessário contacto. Este modelo de liderança assentava na confiança nos líderes intermédios e na autonomia das equipas, permitindo a operacionalização eficaz da gestão em contextos organizacionais complexos.

Para além da liderança, a gestão assume um papel igualmente determinante no exercício profissional em Enfermagem, particularmente no contexto das competências avançadas. A gestão em Enfermagem articula-se com a capacidade de planear, organizar, coordenar e avaliar recursos humanos, materiais e organizacionais, garantindo a eficiência dos cuidados e a sustentabilidade dos serviços de saúde. Neste sentido, a gestão complementa a liderança, ao traduzir a visão estratégica em práticas operacionais concretas, sustentadas por processos de tomada de decisão informada, monitorização de resultados e responsabilização profissional. Assim, a compreensão do conceito de gestão e da sua aplicação específica no contexto da

Enfermagem torna-se essencial para enquadrar o papel do enfermeiro, e em particular do EE, na promoção da qualidade, segurança e eficácia dos cuidados de saúde (Mendes et al., 2023; Moraes, 2020).

Lemos et al. (2024) defendem que a gestão é um processo dinâmico e inseparável da prestação de cuidados em Enfermagem. Exigindo liderança, gestão de recursos humanos/materiais/financeiros, negociação de conflitos e sob influência de teorias administrativas clássicas/científicas, a competência de gestão contribui para uma maior segurança na assunção de responsabilidades e para o fortalecimento gradual da autonomia profissional.

Durante o período de estágio, nos três contextos, tivemos oportunidade de acompanhar enfermeiros com um grande papel no seio da equipa onde se inseriam. Os enfermeiros orientadores, assumiam funções de prestação de cuidados de Enfermagem diretos ao doente, mas também, e em consonância com as suas competências diferenciadas de EE, desempenhavam funções cumulativas de chefia e coordenação de turno. Esta realidade vai ao encontro com o preconizado no Parecer n.º 15/2018 da OE que diz quando presente enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, “deverão ser estes a exercer funções de chefia/coordenação” (OE, 2018b, p. 3).

Em paralelo, também foi possível realizar alguns turnos com os Enfermeiros-Gestores de cada serviço, dedicados exclusivamente à gestão organizacional e liderança da equipa. Desta forma, foi possível ter uma experiência particularmente enriquecedora para o desenvolvimento de competências na área da gestão em Enfermagem. Foi possível trabalhar com sistemas informáticos utilizados especificamente para atividades de gestão, sendo exemplos o SISQUAL, o *Therapeutic Intervention Scoring System* [TISS] de gestão de cuidados para UCI, o GHAF para gestão de *stock* de material e pedidos de consumíveis, e o Hepic como ferramenta essencial para a vigilância epidemiológica e rastreamento de contactos.

Estar sob a orientação e supervisão de EE's que, para além da prestação direta de cuidados de Enfermagem, assumem funções de gestão no próprio turno permitiu uma compreensão mais aprofundada dos processos de tomada de decisão, da organização dos recursos humanos e materiais e da articulação entre as diferentes equipas e serviços. Esta proximidade possibilitou a observação direta da aplicação dos princípios de gestão em

contexto real, nomeadamente na gestão de prioridades, resolução de problemas, alocação de recursos humanos e materiais, e garantia da continuidade e qualidade dos cuidados. Adicionalmente, a supervisão pontual por Enfermeiros-Gestores favoreceu a reflexão crítica sobre o papel do enfermeiro na liderança de equipas, na comunicação eficaz e na responsabilização profissional, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento de competências avançadas e para a consolidação da identidade profissional.

A concretização de estudos de caso, nomeadamente durante a frequência da UC de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I e os estágios no Serviço de NRI e no SUGP, constituiu uma estratégia fundamental para o desenvolvimento das competências de gestão e liderança. A análise sistematizada de situações clínicas reais permitiu mobilizar conhecimentos teóricos para a prática, promovendo a reflexão crítica, a identificação de problemas, a definição de prioridades e a tomada de decisões fundamentadas. Estes trabalhos favoreceram ainda a compreensão da complexidade dos contextos clínicos, bem como a necessidade de articular cuidados, recursos e intervenientes, competências essenciais à gestão em Enfermagem. Adicionalmente, este exercício potenciou o desenvolvimento de capacidades de planeamento, organização e avaliação de intervenções, contribuindo para uma maior segurança na assunção de responsabilidades e para o fortalecimento gradual da autonomia profissional, mesmo em contextos de estágio com tempo limitado.

O desenvolvimento desta competência comum, permitiu-nos reconhecer a inter-relação entre esta e o enunciado sexto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que se estabelece como a organização dos cuidados de Enfermagem. Este é definido como a “procura permanente da excelência no exercício profissional”, no qual o EE almeja “a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados” (OE, 2017, p. 15).

Contudo, e apesar de todas as oportunidades que surgiram e as atividades desenvolvidas, este revelou-se um dos grupos de competências mais difíceis de atingir ao longo do estágio. Consideramos que assumir uma posição de liderança é um processo que exige tempo, construção de confiança e reconhecimento por parte da equipa, o que se torna particularmente desafiante quando se é novo no seio de um grupo de trabalho. Embora no nosso contexto profissional habitual já desempenhemos funções que envolvem liderança e gestão, a adaptação a novos contextos de estágio e a equipas desconhecidas representou uma

dificuldade acrescida, podendo condicionar a expressão plena destas competências. O tempo limitado de estágio constituiu, também, um fator impeditivo para a consolidação efetiva deste papel. Acresce ainda o facto de algumas características pessoais, nomeadamente uma postura mais introvertida, influenciarem a forma como a liderança é assumida e exercida, tornando este processo mais exigente. Trabalhámos sempre no sentido de assumir um papel proativo, partilhando opiniões e novas formas de analisar as situações, com respeito pela nossa posição de estudante, e enquanto elementos externos e novos no seio das equipas.

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio da gestão dos cuidados, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

D. Competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
--

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências para uma aprendizagem ao longo da vida, de modo auto-orientado ou autónomo.

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2019a, p. 4749.

A competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um eixo central da prática de Enfermagem especializada, pois integra o autoconhecimento, a assertividade e a utilização sistemática da evidência científica como fundamentos da tomada de decisão em saúde. Assim, o desenvolvimento profissional contínuo exige uma reflexão crítica sobre a própria *praxis*, permitindo identificar áreas de melhoria, consolidar saberes e ajustar intervenções às necessidades complexas dos doentes, famílias/cuidadores/pessoas significativas e comunidades (AR, 2018; OE, 2019a; Schön, 1983).

O aprofundamento do autoconhecimento e da assertividade revela-se essencial para uma atuação profissional consciente, ética e responsável, favorecendo relações terapêuticas eficazes e uma comunicação clara em contextos clínicos exigentes. Em paralelo, a capacidade

de sustentar a prática de Enfermagem especializada na evidência científica, conforme preconizado pela OE (2019a), traduz-se na integração do conhecimento científico, da experiência profissional e dos valores do doente, assegurando cuidados de elevada qualidade e segurança.

Enquanto estudante de mestrado e EEMC-PSC, o desenvolvimento destas competências comuns de EE articula-se com os descritores de competências de Mestre, nomeadamente no aprofundamento e aplicação dos conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, na resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares e na capacidade de comunicar raciocínios e conclusões de forma clara, tanto a enfermeiros especialistas como a não especialistas. Acresce, ainda, a relevância da aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma e auto-orientada, como elemento estruturante da evolução profissional e da adaptação às constantes transformações dos contextos da prática (AR, 2018).

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destacou-se a importância da integração entre prática baseada em evidência e pensamento crítico, amplamente reconhecida na literatura científica.

O pensamento crítico constitui uma competência essencial na Enfermagem, sustentando a capacidade de analisar, sintetizar e avaliar informações com base na observação, experiência e comunicação, orientando de forma eficaz o planeamento das intervenções de Enfermagem (Papathanasiou et al., 2014). Segundo os mesmos autores, este envolve não só competências como a análise rigorosa, a justificação de conclusões, a distinção entre factos e opiniões e a avaliação da credibilidade das fontes de informação, mas também atitudes pessoais, como autonomia, integridade e curiosidade investigativa, fundamentais para lidar com a complexidade dos cuidados de saúde.

A revisão de Katowa-Mukwato et al. (2022) reforça que a prática baseada em evidência é um pilar indispensável para garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados, enquanto o pensamento crítico constitui o alicerce cognitivo que permite aos enfermeiros aplicar, interpretar e adaptar o conhecimento científico em contextos clínicos complexos.

Apesar da sua reconhecida importância, muitos contextos de formação e prática ainda carecem de estratégias eficazes para ensinar, promover e avaliar estas competências. Tal lacuna sublinha a necessidade de um compromisso contínuo com o desenvolvimento

profissional e com uma prática clínica cada vez mais sustentada na evidência científica e na reflexão crítica. Os autores defendem, por isso, que o desenvolvimento destas competências deve ser uma prioridade nos programas educacionais e nos momentos de formação prática, como ensinamentos clínicos/estágios (Katowa-Mukwato et al., 2022; Papathanasiou et al., 2014).

A reflexão sobre a evolução da Enfermagem em Portugal, incluindo a discussão sobre a Enfermagem especializada e a articulação entre ciência e prática, reforça que a formação avançada — como o ensino de mestrado com especialização — atua como um catalisador essencial para promover uma perspetiva crítica, fundamentada e inovadora, capaz de responder às necessidades complexas dos contextos contemporâneos de cuidados. Esta visão complementa a integração da prática baseada em evidência com o pensamento crítico, sublinhando que o exercício profissional informado, reflexivo e cientificamente alicerçado constitui um pilar fundamental da excelência nos cuidados e do contínuo desenvolvimento profissional (Santos, 2023).

Neste seguimento, o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em evidências de June Larrabee, explorado no primeiro capítulo deste documento, reforça que a excelência em Enfermagem resulta da combinação entre as características do enfermeiro, o contexto organizacional e as suas intervenções baseadas na melhor evidência científica. Ao articular tal evidência, com o julgamento clínico e as preferências do doente, o modelo vai ao encontro da competência D2 e do papel do EE como líder e agente de mudança. Simultaneamente, valoriza a melhoria contínua da qualidade, a reflexão e a aprendizagem ao longo da vida, em coerência com o desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e das aprendizagens profissionais avançadas, particulares ao grau de Mestre.

Ao longo do projeto de estágio, várias foram as atividades a que nos propusemos com o objetivo de desenvolver e consolidar estas competências. Em primeiro lugar, destacou-se a frequência na UC de Investigação em Enfermagem, que assumiu um papel fundamental, na medida em que permitiu aprofundar as bases teóricas necessárias à elaboração de trabalhos científicos rigorosos. Esta UC contribuiu para o desenvolvimento de competências na formulação de questões de investigação, na procura e análise crítica da literatura e na estruturação metodológica de projetos e outros trabalhos científicos, criando um alicerce sólido para a integração da prática baseada na evidência na nossa *praxis* especializada.

A partir desse conhecimento teórico adquirido, emergiram trabalhos científicos que foram apresentados em eventos nacionais e internacionais, obtendo reconhecimento, nomeadamente através da atribuição de prémios, o que reforçou a capacidade de comunicação clara de conclusões e raciocínios científicos, tanto a especialistas como a não especialistas, em linha com as competências de Mestre preconizadas.

Destacamos a divulgação do poster apresentado nas 1^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem ULS Alentejo Central – Caminhos Convergentes: Enfermagem e a Integração de Cuidados, sobre “Contributos da Técnica ISBAR na Transição de Cuidados em Enfermagem no Doente Hospitalizado – *Scoping review*” (poster em Apêndice E; certificado de participação em Anexo II), com posterior publicação do respetivo artigo científico na Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento [RIASE] (resumo e DOI em Apêndice F); e a comunicação oral apresentada nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Urgência e Emergência da ULS Algarve, com o mesmo tema, que foi distinguido com o primeiro prémio (sumário da comunicação oral em Apêndice G; certificado de participação em Anexo IV) e que, consequentemente, obteve garantia de publicação do respetivo artigo científico na Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Doente Crítico [SPEDC], que até à data se encontra em processo de revisão (resumo em Apêndice H).

Como estratégias planeadas para alcançar estas competências, previmos, também, a assistência em *webinars* - com temas que considerámos de pertinência relevante ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC -, jornadas, congressos e outros eventos promotores e divulgadores de conhecimento científico. Assim, para além dos eventos supramencionados, participámos no Seminário “Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação” do CIAV (certificado de participação em Anexo V); no *Webinar* “Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência” da OE (certificado de participação em Anexo VI); no *Webinar* “Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise – Sessão de Esclarecimento” da OE (certificado de participação em Anexo VII); no Ciclo de *Webinars* em “Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos” da OE (certificado de participação em Anexo VIII); no *Webinar* “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da Teoria à Prática” da OE (certificado de participação em Anexo IX); no *Webinar* “Catástrofe” da OE (certificado de participação em Anexo X); e no Seminário Online “(Re)Agir: Quando o Impossível Acontece

– Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe”, da *Ocean Medical* em parceria com o Instituto Politécnico de Leiria (certificado de participação em Anexo XI).

No âmbito do estágio no SUGP, assumimos a realização de uma formação em serviço sobre um dos temas desenvolvidos em contexto de jornadas científicas de Enfermagem - a “Preservação de Vestígios Forenses pelo Enfermeiro do Serviço de Urgência: *Scoping review*” (plano de sessão em Apêndice I). Esta formação foi desenvolvida em regime assíncrono com a duração de 30 dias ao longo do mês de janeiro de 2026, e foi elaborada em colaboração com uma colega do curso, uma vez que ambas realizávamos estágio naquele serviço simultaneamente. Resultante desta iniciativa, elaborámos um poster informativo com o mesmo tema (em Apêndice J), que ficou afixado nas salas de emergência do serviço para consulta permanente pela equipa de Enfermagem, promovendo a disseminação do conhecimento científico no quotidiano da prestação de cuidados.

Todas estas atividades enumeradas, desenvolvidas de forma articulada e intencional, materializam a concretização prática do projeto, ao integrarem investigação original, produção científica e transferência de conhecimento para a prática de Enfermagem especializada, em plena coerência com o perfil de competências do EE e do grau de Mestre. A sua implementação contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento do autoconhecimento profissional e da assertividade, sustentando a *praxis* clínica especializada em evidência científica atualizada e robusta. Paralelamente, permitiu-nos aprofundar e integrar conhecimentos adquiridos no período teórico do curso em contextos de investigação original, bem como aplicar saberes teóricos e metodológicos a situações novas, complexas e multidisciplinares, promovendo uma abordagem crítica e reflexiva da prática.

Concretamente sobre o tema central do relatório – “Gestão Nutricional do Doente em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem” –, resultou a realização do artigo científico intitulado “*Nursing Interventions in Nutritional Management in Intensive Care Patients: scoping review*”, submetido para revisão e eventual publicação na revista *Sage Journals Nutrition and Health*, a outubro de 2025 e a aguardar resposta até à data (resumo do artigo em Apêndice K e comprovativo de submissão em Anexo XII), sendo que o processo de pesquisa para o mesmo foi iniciado na UC de Projeto e, posteriormente, concretizado. Complementarmente, foi efetuada a atualização do Protocolo da UCIP onde foi realizado estágio sobre “Protocolo Nutricional – Nutrição Entérica” (Apêndice C), com respetiva formação em serviço à equipa de Enfermagem (plano de sessão da apresentação em Apêndice

D e comprovativo de formadora em Anexo I), bem como a colaboração na UC de Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica, à 10.^a turma de Mestrado de Enfermagem em Associação e EEMC-PSC, com o tema homónimo (comprovativo em Anexo XIII).

No âmbito do projeto de estágio, propôs-se ainda a realização de um estágio de observação com a equipa de nutrição da ULS-A, o qual foi cumprido no mês de maio de 2025, o que permitiu uma imersão prática no contexto multidisciplinar da gestão nutricional, complementando a investigação desenvolvida e reforçando a aplicação de evidências científicas em cenários clínicos reais. Permitiu comprovar o acompanhamento diário das equipas de dietistas/nutricionistas aos doentes em internamento, nomeadamente em UCIP, reforçando a importância da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de qualidade.

A realização de atividades de formação e de produção de conhecimento diretamente alinhadas com o tema do relatório de mestrado assume particular relevância no desenvolvimento de competências do EE e na consolidação de uma prática clínica sustentada na evidência científica. A focalização destas iniciativas na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos permitiu aprofundar conhecimentos, sistematizar a evidência disponível e reforçar a fundamentação das intervenções de Enfermagem, assegurando a sua pertinência e aplicabilidade em contexto clínico.

No âmbito do projeto de estágio, estava prevista a realização de um estágio de observação junto da equipa do Centro de Ensino e Formação do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação da ULS-A, com o objetivo de compreender de forma mais aprofundada os processos institucionais de formação e produção de investigação desenvolvidos pela equipa. Contudo, o pedido foi recusado por a estrutura não considerar esta experiência pertinente para o processo de aprendizagem no âmbito do mestrado e EEMC-PSC. Embora se respeite a decisão institucional, discordamos desta posição, uma vez que o contacto com contextos de ensino e investigação constitui uma dimensão relevante do desenvolvimento profissional do EE, tal como reforçado ao longo deste documento.

Assim, asseguramos que a articulação entre investigação, formação em serviço e experiências vivenciadas em estágio favoreceram a nossa futura atuação enquanto EE, promovendo a atualização de procedimentos, a melhoria da tomada de decisão clínica e a capacitação das equipas. Simultaneamente, este processo contribuiu para o desenvolvimento

de competências pedagógicas, comunicacionais e reflexivas, essenciais ao exercício do EE enquanto profissional de referência e agente promotor de mudança.

A vivência destas experiências formativas e investigativas constituiu, simultaneamente, um momento determinante de consolidação da nossa identidade profissional enquanto futuros EE's, ao favorecer uma maior consciência das nossas próprias competências, limites e responsabilidades inerentes ao processo de tomada de decisão clínica. A integração sistemática da evidência científica, aliada à reflexão crítica contínua sobre a prática, contribuiu para uma atuação mais intencional, fundamentada e segura face à complexidade dos contextos de estágio, reforçando a autonomia profissional e a capacidade de priorização e justificação das intervenções de Enfermagem. Este percurso potenciou uma maior assertividade na comunicação e na articulação com equipas multidisciplinares, sustentada não apenas na experiência clínica, mas também na capacidade de fundamentar decisões em princípios científicos e éticos, favorecendo simultaneamente a comunicação clara, estruturada e rigorosa de conclusões e resultados, tanto a públicos de enfermeiros especializados como não especializados, e reforçando o papel do EE na disseminação do conhecimento científico.

A concretização integral das atividades previstas no projeto de estágio possibilitou, deste modo, a consolidação de competências essenciais ao exercício profissional de Enfermagem especializada, incentivando simultaneamente a aprendizagem ao longo da vida, de forma autónoma, responsável e comprometida com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E DE MESTRE

A análise das competências específicas do EEEMC-PSC, em articulação com as competências de Mestre, assume particular relevância face à elevada complexidade,

instabilidade clínica e risco acrescido que caracterizam esta tipologia de doentes e as suas necessidades em saúde e de intervenções de Enfermagem.

O Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018a) estabelece como competências específicas do EEEMC-PSC as seguintes: cuidar da pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

De acordo com o regulamento supramencionado, estas competências específicas traduzem a capacidade do EEEMC-PSC para prestar cuidados altamente diferenciados à PSC, sustentados numa avaliação clínica avançada, na tomada de decisão fundamentada e na mobilização integrada de conhecimentos científicos, técnicos e éticos. O referido regulamento estrutura estas competências em domínios que refletem a intervenção especializada ao longo do *continuum* de cuidados, incluindo a vigilância clínica, a gestão do risco, a prevenção de complicações, a resposta a situações de emergência e a articulação com a equipa multidisciplinar (OE, 2018a).

A articulação destas competências específicas com as competências de Mestre permite evidenciar a consolidação de um pensamento crítico-reflexivo, da autonomia profissional e da capacidade de liderança clínica, fundamentais para a promoção da qualidade, segurança e continuidade dos cuidados prestados à PSC.

1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;1.2 – Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;1.4 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;1.6 – Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica. |
|--|

Competências de Mestre

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda |
|--|

-
- que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
 - d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
 - e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.
-

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2018a, p. 19363.

O cuidar da PSC e/ou com falência orgânica, bem como da sua família/cuidadores/pessoas significativas, constitui um domínio nuclear da prática do EEEMC-PSC, refletindo a elevada complexidade, imprevisibilidade e risco associado à prestação de cuidados (OE, 2018a).

O estabelecimento da competência específica “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p. 19363) emerge, assim, da necessidade destes de uma intervenção altamente diferenciada, sustentada em conhecimento científico, técnico e relacional, que permita antecipar a instabilidade, intervir de forma atempada e garantir intervenções de Enfermagem seguras, continuadas e humanizadas. Esta competência integra a prestação de cuidados em situações emergentes e de risco iminente de falência orgânica, a administração e monitorização de protocolos terapêuticos complexos, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, bem como a comunicação terapêutica e o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a PSC e a família/cuidadores/pessoas significativas, assegurando o respeito pela dignidade humana ao longo de todo o processo de cuidar (OE, 2018a).

O exercício desta competência específica encontra-se estreitamente alinhado com as competências de Mestre, na medida em que exige a aplicação integrada de conhecimentos e a resolução de problemas em situações novas e não familiares, frequentemente em contextos multidisciplinares e de elevada complexidade. O EEEMC-PSC é chamado a integrar diferentes saberes, emitir juízos clínicos complexos e tomar decisões fundamentadas, considerando não apenas as implicações clínicas, mas também as dimensões éticas e sociais associadas ao cuidado à PSC. Paralelamente, assume um papel central na comunicação clara e fundamentada com enfermeiros especialistas e não especialistas, bem como no desenvolvimento de uma aprendizagem contínua e autónoma, indispensável num contexto clínico em permanente evolução (AR, 2018).

A evidência científica reforça a relevância desta diferenciação profissional. A revisão de Stafseth et al. (2023) demonstra que níveis mais elevados de competência profissional e dotações adequadas de Enfermagem se associam a melhores resultados em saúde, incluindo menor mortalidade, redução de eventos adversos e melhoria dos indicadores de segurança. Apesar das limitações na caracterização detalhada das competências nos estudos analisados, os autores afirmam que enfermeiros com competências mais diferenciadas apresentam maior capacidade de vigilância clínica, tomada de decisão fundamentada e resposta precoce aquando da PSC com instabilidade hemodinâmica, sublinhando o impacto positivo da qualificação avançada nos contextos clínicos.

De forma complementar, o estudo de Solberg et al. (2023) identifica que a resposta eficaz à crescente complexidade dos cuidados críticos exige um conjunto alargado de competências por parte dos enfermeiros, incluindo competências intrapessoais, capacidades avançadas de tomada de decisão clínica e competências interpessoais orientadas para o trabalho colaborativo e liderança clínica – ao encontro do já apresentado no capítulo anterior deste documento.

Os mesmos autores concluem que a formação avançada e a especialização são determinantes para uma prática segura, eficaz e autónoma em ambientes de elevada exigência, reforçando a importância do investimento contínuo na formação profissional. Neste sentido, o EEEMC-PSC afirma-se como elemento diferenciador nos contextos clínicos, contribuindo não só para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC e à sua família/cuidadores/pessoas significativas, mas também para a consolidação de práticas baseadas na evidência e para o desenvolvimento sustentado das equipas de saúde.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica constitui uma competência essencial do EEEMC-PSC. A dor é uma experiência multidimensional frequente na PSC, podendo resultar da patologia, dos procedimentos invasivos e das intervenções terapêuticas, e o seu controlo inadequado está associado a instabilidade fisiológica, aumento do *stress* e diminuição do bem-estar (Afenigus, 2024; Salviano et al., 2025). Em UCI, esta avaliação tornou-se ainda mais desafiante pois os estados comatosos impossibilitam a comunicação verbal do doente, e o profissional deve reconhecer as manifestações físicas da dor, bem como alterações de parâmetros vitais avaliados por monitorização contínua invasiva ou não invasiva (Afenigus, 2024).

Neste sentido, a capacidade de avaliar sistematicamente a dor, incluindo em situações de comunicação limitada, e de implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas individualizadas, de forma a otimizar as respostas da PSC, é uma competência fundamental exigida ao EEEMC-PSC. Uma gestão eficaz da dor contribui para a estabilidade clínica, a segurança, o conforto e a humanização dos cuidados, assumindo-se como um elemento central da prática especializada (Afenigus, 2024; OE, 2018a; Salviano et al., 2025).

Nos cuidados de Enfermagem em UCI, a comunicação entre os elementos da equipa de Enfermagem, bem como destes com a PSC e suas famílias/cuidadores/pessoas significativas, constitui um pilar essencial para o sucesso da sua integração na prestação de cuidados e para a humanização dos mesmos. Embora existam desafios, como a baixa literacia em saúde da população, o tempo limitado dos profissionais e a falta de formação em estratégias comunicacionais, diversas abordagens têm demonstrado eficácia na prática (Miranda, 2023).

Entre as estratégias destacam-se: o acolhimento, a verdadeira escuta, o respeito pelo tempo do silêncio, a empatia, a congruência no discurso e na atuação, o respeito pelos valores e crenças do outro, a autenticidade, o toque e calor humano (Miranda, 2023).

Uma comunicação eficaz permite a gestão emocional e das expectativas face à gravidade da doença, reduzindo medo e ansiedade, e facilita a adaptação ao ambiente hospitalar, promovendo uma prestação de cuidados mais humanizada e centrada no doente. Este processo demonstra que, para além da vigilância e intervenção técnica, o EEEMC-PSC desempenha um papel decisivo no suporte emocional, na relação terapêutica e no fortalecimento da resiliência familiar, contribuindo significativamente para ganhos em saúde (Miranda, 2023; OE, 2018a).

A humanização dos cuidados é essencial para garantir uma assistência centrada na PSC, mesmo em ambientes altamente técnicos como UCI e SU. Segundo o estudo de Santos et al. (2024b), ferramentas de humanização — como comunicação empática, envolvimento familiar e suporte emocional — melhoram a qualidade da prestação de cuidados, fortalecem a confiança do doente e da família/cuidadores/pessoas significativas, e promovem cuidados mais seguros e coerentes. Além de atender às necessidades físicas, a humanização considera os aspetos emocionais e sociais, reduzindo ansiedade e sofrimento, e facilita a participação da família/cuidadores/pessoas significativas nas decisões clínicas. Assim, humanizar as intervenções realizadas à PSC não é apenas um valor ético, mas também catapulta o

estabelecimento da relação terapêutica, promovendo uma prática estratégica para a excelência e integralidade dos cuidados prestados.

Esta visão está em consonância com vários enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. São atribuídas ao EEEMC-PSC competências especializadas na sua atuação profissional, exigindo que seja mais antecipatória de possíveis complicações na PSC, com organização dos cuidados, mas não indiscriminadamente, devendo atuar de forma crítica e reflexiva sobre os cuidados prestados à mesma, com vista à promoção da saúde e futura readaptação funcional e autocuidado do doente, garantindo o seu bem-estar e satisfação nos cuidados especializados (OE, 2017).

A nossa experiência profissional em Enfermagem tem-se desenvolvido maioritariamente em contexto de enfermaria e no cuidado à pessoa submetida a processo cirúrgico, não exercendo, até ao momento, funções diretas em serviços dedicados à PSC, como a UCI ou o SU. Adicionalmente, trata-se de um percurso profissional ainda relativamente recente, com poucos anos de exercício, o que condiciona inevitavelmente o contacto sistemático com situações de elevada complexidade clínica. No entanto, à luz do modelo de aquisição de competências de Patricia Benner (2001), e considerando a prática continuada, a consolidação de saberes e a autonomia progressivamente adquirida no nosso contexto específico de atuação, é possível reconhecer um nível de proficiência elevado na área do desempenho funções, podendo considerar-se o grau de perito nesse domínio particular.

Contudo, importa salientar que o conceito de PSC não se restringe exclusivamente aos contextos de UCI ou SU. Relembrando a definição de PSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, esta é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362), o que permite reconhecer que situações de criticidade podem emergir em múltiplos contextos assistenciais, incluindo enfermarias médico-cirúrgicas. Ainda assim, reconhecemos que persiste alguma imaturidade e limitação de experiência prática específica na área da PSC, decorrente da ausência prévia de contacto direto com serviços especializados neste domínio.

Esta inexperiência revelou-se particularmente desafiante ao longo dos estágios realizados, exigindo um investimento acrescido no estudo autónomo, na consolidação de conhecimentos

teóricos e no esforço contínuo de transposição desses saberes para a prática clínica. Paralelamente, este desafio constituiu também uma oportunidade de crescimento profissional, ao potenciar uma atitude reflexiva, uma maior exigência pessoal e o desenvolvimento de competências essenciais à intervenção junto da PSC, reforçando a importância da formação avançada e da aprendizagem ao longo da vida no percurso do EEEMC-PSC.

Neste contexto, e consciente das nossas limitações iniciais, o projeto de estágio integrou, desde o início, um conjunto de atividades orientadas especificamente para o desenvolvimento desta competência. Entre as estratégias definidas destacaram-se a pesquisa sistemática e contínua, a revisão aprofundada dos conteúdos teóricos lecionados nas UC's dos semestres teóricos, bem como a análise reflexiva e atualização dos protocolos institucionais dos contextos de estágio, com particular enfoque nos protocolos terapêuticos complexos utilizados na prática clínica – nomeadamente, o protocolo nutricional da UCIP apresentado onde decorreu o estágio, como desenvolvimento do tema em estudo (Apêndice C).

Estas atividades foram realizadas de forma estruturada e sistemática ao longo de todo o percurso de estágio, permitindo uma consolidação progressiva do conhecimento teórico e uma maior compreensão dos fundamentos científicos que sustentam a intervenção do EEEMC-PSC. Consideramos que este trabalho contínuo de pesquisa e reflexão foi fundamental para tornar o nosso suporte teórico mais robusto e aprofundado, facilitando a articulação entre teoria e prática e promovendo uma intervenção mais segura, fundamentada e consciente nos diferentes contextos clínicos. Para além disso, contribuiu para o desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva face às práticas instituídas, reforçando a importância da atualização permanente do conhecimento como elemento central da prática especializada em Enfermagem.

Às estratégias anteriormente mencionadas, acresceu a realização de estudos de caso nos contextos de estágio da NRI e SUGP, que permitiram uma análise aprofundada de situações clínicas reais, favorecendo a integração entre conhecimento teórico, raciocínio clínico e tomada de decisão fundamentada. Paralelamente, a participação em jornadas científicas, seminários e *webinars* constituiu um contributo relevante para a atualização e consolidação do conhecimento teórico, permitindo o contacto com práticas baseadas na evidência, reflexão crítica sobre a prática clínica e aprofundamento de temáticas específicas da área da PSC, já anteriormente descritas ao longo do presente relatório e devidamente documentadas em apêndice/anexo.

Outra ferramenta particularmente importante que levámos para os estágios foi a avaliação *Airway Breathing Circulation Disability Exposure* [ABCDE] (Resuscitation Council UK, 2024), que, ainda em período teórico, exigiu bastante estudo e aplicação em várias UC's. Esta abordagem revelou-se fundamental como alicerce para toda a atuação durante os estágios, orientando a avaliação sistemática, a tomada de decisão rápida e a priorização de intervenções em situações de risco e instabilidade clínica, contribuindo de forma decisiva para a segurança do doente e para o desenvolvimento das competências de EEEMC-PSC.

Relativamente à gestão da dor física, nos três contextos de estágio foram observadas múltiplas situações em que esta assumiu um papel determinante na qualidade dos cuidados prestados. No contexto do estágio realizado no Serviço de NRI, acompanhámos um doente submetido a ADS para diagnóstico de uma malformação arteriovenosa, que desenvolveu cefaleia intensa no período pós-procedimento, persistente no dia seguinte, vindo posteriormente a revelar-se como um evento cerebral associado à intervenção. Neste caso, a instrução e capacitação prévia do doente relativamente aos sinais de alerta revelou-se fundamental, uma vez que foi o próprio a identificar a alteração clínica e a solicitar ajuda de forma atempada, demonstrando a importância do estabelecimento de uma comunicação e relação terapêutica eficazes, para assegurar educação terapêutica relativamente à vigilância e valorização da perceção subjetiva do doente.

Nos contextos da UCIP e do SUGP, a gestão da dor assumiu particular relevância em múltiplos casos de doentes com politrauma, frequentemente associados a lesões extensas, e submetidos a procedimentos invasivos e elevada instabilidade clínica, exigindo uma abordagem sistemática, contínua e diferenciada da dor. Adicionalmente, em ambos os contextos, foi possível acompanhar situações de doentes em fim de vida, em que o objetivo primordial dos cuidados era o conforto, sendo a gestão eficaz da dor um elemento central para a promoção da dignidade e do bem-estar da PSC. Embora frequentemente se priorize a dor física, o seu controlo adequado revelou-se essencial para o equilíbrio global do doente, influenciando diretamente o seu bem-estar, a sua estabilidade emocional e a sua capacidade de interação com o meio envolvente.

Em situações onde se verificava capacidade de comunicação do doente presente, as escalas mais utilizadas nos três contextos foram a Escala Numérica da Dor e a Escala Visual Analógica. Nos casos em que a comunicação verbal se encontrava comprometida, recorreu-se à *Behavioral Pain Scale* [BPS], uma ferramenta validada que permite avaliar a dor com base

em respostas fisiológicas e comportamentais (Batalha et al., 2013). Importa referir que existe também a *Critical-Care Pain Observation Tool* [CPOT], validada para Portugal, a qual, segundo Marques et al. (2022), foi desenvolvida para a avaliação da dor na PSC, independentemente de situações de PSC sob ventilação mecânica invasiva. Apesar de não se ter verificado a sua utilização em nenhum dos estágios realizados, reconhecemos a sua relevância, considerando-se pertinente a sua futura integração na prática clínica.

No que respeita à comunicação e à relação terapêutica, a situação que mais marcou este percurso foi a participação numa reunião familiar em contexto de UCIP, correspondente à primeira reunião formal envolvendo toda a família da doente, a equipa de Enfermagem e a equipa médica. Tratava-se de uma doente com AVC hemorrágico extenso, com prognóstico reservado, sendo este momento dedicado ao esclarecimento da situação clínica, à apresentação das hipóteses terapêuticas à família e respetiva preparação para os diferentes desfechos possíveis. Nesta experiência tornou-se particularmente evidente a importância da gestão das emoções e expectativas e da comunicação clara, empática e honesta, num contexto de elevada carga emocional.

Enquanto profissionais, é-nos exigida uma maturidade emocional sólida que permita sustentar estes momentos sem os centrar em nós próprios, mas sim no doente e na sua família/cuidadores/pessoas significativas, reconhecendo que as suas vidas e decisões lhes pertencem. O papel do EEEMC-PSC passa, assim, por apoiar, orientar e assistir, promovendo uma relação terapêutica baseada na presença, no respeito, na escuta ativa e na humanização dos cuidados, especialmente em contextos de elevada complexidade e vulnerabilidade.

Neste enquadramento, a Teoria das Necessidades Básicas de Virginia Henderson assume particular relevância como referencial teórico estruturante do presente relatório, na medida em que defende que o cuidado de Enfermagem deve centrar-se, em primeira instância, na satisfação das necessidades humanas fundamentais, enquanto condição indispensável à manutenção da vida. Em contexto de PSC e/ou falência orgânica, a necessidade nutricional/de hidratação adquire uma complexidade acrescida, uma vez que a incapacidade de satisfazer autonomamente a ingestão nutricional, associada à instabilidade clínica e à disfunção de múltiplos sistemas, exige uma intervenção profissional, contínua e altamente diferenciada por parte do EEEMC-PSC.

Assim, garantir a adequada gestão nutricional da PSC constitui uma expressão concreta do cuidar centrado nas necessidades básicas, integrando-se plenamente na competência específica “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018a, p. 19363), ao articular vigilância clínica, tomada de decisão fundamentada, implementação de protocolos terapêuticos complexos e promoção do bem-estar global do doente.

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">2.1 – Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe;2.2 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;2.3 – Planeia resposta à situação de catástrofe;2.4 – Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de Enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime. |
|---|

Competências de Mestre

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. |
|---|

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2018a, p. 19363.

A PSC pode resultar de diferentes cenários, nomeadamente de situações de emergência, exceção ou catástrofe. As situações de emergência decorrem, geralmente, de agressões súbitas e violentas causadas por fatores internos ou externos, que comprometem a integridade de órgãos vitais e colocam o doente em risco iminente de vida, exigindo uma intervenção imediata. Por sua vez, as situações de exceção caracterizam-se por um desequilíbrio significativo entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis, impondo uma gestão criteriosa, coordenada e eficiente dos meios humanos e técnicos. Já as situações de catástrofe envolvem acidentes graves ou uma sucessão de eventos com impacto significativo nas condições de vida e no contexto socioeconómico, podendo afetar áreas extensas ou a totalidade do território nacional (OE, 2018a).

Estudos revelam que existe uma fraca relação entre a regulamentação portuguesa sobre o quadro de competência do enfermeiro de cuidados gerais e os domínios de preparação e planeamento, gestão de incidentes, segurança e proteção, e avaliação perante situações de exceção e catástrofe, permanecendo lacunas significativas nas resposta a estes domínios. Estes resultados demonstram que o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais vigente é insuficiente para responder, de forma estruturada e integrada, às exigências destes contextos excepcionais, reforçando a necessidade de profissionais com perfil de competências acrescidas, diferenciadas e especializadas na gestão destas situações (Santos et al., 2025).

O EEEMC-PSC deve revelar um elevado nível de competência na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, assegurando cuidados seguros e eficientes desde a conceção até à ação. Nesta dimensão, importa, em primeiro lugar, apresentar capacidade de cuidar da PSC nestes contextos excepcionais, prestando cuidados que minimizem a morbilidade e mortalidade, através de intervenções rápidas, fundamentadas e adaptadas a cenários de elevada complexidade e instabilidade clínica (Motsepe & Schmollgruber, 2025; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Em paralelo, o EEEMC-PSC é chamado a conceber, em articulação com os níveis estratégicos das instituições e com as estruturas de proteção civil, planos de emergência e catástrofe que integrem avaliação de riscos, definição de linhas de comando, fluxos de comunicação e algoritmos de atuação, de acordo com as competências nucleares em Enfermagem de catástrofe preconizadas a nível internacional (ICN, 2022; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). Esta articulação estratégica materializa-se no planeamento da resposta, em que o EEEMC-PSC participa na construção de procedimentos operacionais, protocolos de triagem em massa, gestão de recursos humanos e materiais, bem como na preparação de exercícios e simulações que testem e consolidem a prontidão organizacional (ICN, 2022; Motsepe & Schmollgruber, 2025).

Estas primeiras noções de elaboração de planos de atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe foram solidificadas aquando da frequência da UC de Enfermagem em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, ainda no primeiro ano do curso. Adquirimos os conhecimentos teóricos subjacentes à elaboração destes planos, tendo igualmente a oportunidade de aplicar esses conhecimentos através da realização de um exercício de prática simulada.

Durante a ocorrência real de uma situação de catástrofe, compete ainda ao EEEMC-PSC gerir os cuidados, coordenando equipas, reorganizando circuitos, garantindo a segurança de profissionais e doentes, e ajustando prioridades em função da gravidade e da disponibilidade de recursos, de forma alinhada com os modelos de gestão de incidentes e com os planos institucionais previamente definidos (Motsepe & Schmollgruber, 2025; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

Finalmente, em muitos cenários de emergência, exceção ou catástrofe, existem suspeitas de crime ou violência. Neste contexto, apesar de em Portugal a Enfermagem Forense ser reconhecida como uma área de competência acrescida, o EEEMC-PSC integra estes domínios dentro do seu quadro de competências específicas. Ou seja, ainda que a atuação forense possa requerer formação especializada adicional, o EEEMC-PSC deve estar apto a incorporar princípios básicos da prática forense na sua intervenção, garantindo a preservação de evidências e a correta articulação com as autoridades, sempre que se deparar com situações de suspeita de crime ou violência, sem comprometer a segurança e priorizando a prestação de cuidados de saúde ao doente (Gonçalves et al., 2024; Silva et al., 2022).

A complexidade e imprevisibilidade inerentes às situações de emergência, exceção ou catástrofe exigem do EEEMC-PSC a aplicação integrada de conhecimentos, raciocínio crítico e tomada de decisão fundamentada, em alinhamento com as competências de Mestre (AR, 2018).

Em 2020, a OMS alertou para a necessidade imperativa de respostas imediatas, sustentadas por um planeamento rigoroso, sublinhando a importância da preparação contínua das instituições de saúde e das entidades responsáveis. Este alerta tornou-se particularmente relevante face a acontecimentos recentes, como as atividades sísmicas que têm vindo a ser registadas até em Portugal, cujas potenciais consequências incluem a perturbação dos serviços essenciais, nomeadamente os cuidados de saúde, comprometendo assim a capacidade de resposta das equipas. A necessidade de planeamento estruturado e adaptável foi ainda reforçada pela experiência vivida durante a pandemia, que evidenciou a incerteza da nossa realidade e a rapidez com que os factos mudam, mostrando que os contextos de crise exigem flexibilidade, prontidão e capacidade de decisão rápida e fundamentada (WHO, 2020).

Tal como previsto nas competências acima descritas, o EEEMC-PSC deve ser capaz de aplicar o seu conhecimento e a sua capacidade de compreensão em situações novas e não

familiares, mobilizando saberes multidisciplinares para responder a cenários de elevada instabilidade e risco iminente de vida. Esta capacidade envolve a integração de conhecimentos clínicos, éticos e organizacionais, permitindo emitir juízos complexos, desenvolver soluções adaptadas a recursos limitados e refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais das decisões tomadas.

Para atingir esta competência específica do EEEMC-PSC, anteriormente previsto no projeto de estágio, propusemos realizar um conjunto diversificado de atividades que articulassem teoria, prática e reflexão crítica. Ao longo dos estágios, desenvolvemos pesquisa documental contínua, permitindo aprofundar o conhecimento sobre protocolos institucionais, cuidados especializados e boas práticas em situações de elevada complexidade clínica.

No âmbito da formação prática, os cursos de SAV, em adulto (certificado em Anexo XIV) e pediátrico (certificado em Anexo XV), e o curso de *International Trauma Life Support* (ITLS) (certificado em Anexo XVI), foram completados com sucesso e obtidas certificação em todos eles. Estas formações foram fundamentais para consolidar competências relacionadas com a resposta a situações de emergência e de doente com politrauma, fornecendo ferramentas essenciais para conseguirmos tomar decisões rápidas e seguras em contextos críticos de elevada imprevisibilidade e mudança.

Durante o estágio no SUGP, realizámos turnos em diversos postos de trabalho, permitindo uma visão ampla e integrada do funcionamento do serviço. Estes incluíram salas de emergência e trauma, onde foram prestados cuidados a doentes em situação crítica e com politrauma; a triagem, onde se efetuou a avaliação inicial e categorização de risco dos doentes; os balcões de atendimento, com doentes de diferentes níveis de prioridade; e as salas de observação, destinadas ao acompanhamento contínuo de doentes com quadros hemodinâmicos instáveis. Com oportunidade de prestar cuidados a diversos doentes vítimas de trauma e politrauma, foi possível explorar diretamente as competências de atuação em emergência.

Durante o período de estágio, não ocorreu nenhuma situação que exigisse a ativação dos planos formais de contingência, catástrofe ou evacuação das instituições. Contudo, o SUGP onde desenvolvemos o estágio encontrava-se permanentemente em grau 1 de contingência, associado à elevada afluência sazonal, proporcionando um contexto realista de pressão e sobrecarga do sistema e das equipas. Esta realidade permitiu observar e participar na gestão

diária de recursos, organização de equipas e priorização de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento das competências do EEEMC-PSC em planeamento, coordenação e resposta a situações críticas, mesmo na ausência de incidentes maiores. Neste período, ficou claro a importância da triagem.

A triagem em contexto de urgência e em situações de exceção e catástrofe constitui um processo central para salvar o maior número possível de vidas, ao permitir priorizar rapidamente os doentes de acordo com a gravidade clínica, os recursos disponíveis e a probabilidade de sobrevivência. Em incidentes com múltiplas vítimas, em que a afluência de doentes frequentemente ultrapassa a capacidade de resposta dos serviços, a triagem assegura que os cuidados diferenciados são direcionados para quem mais necessita, reduzindo atrasos, morbilidade e mortalidade evitável. Evidência recente demonstra que a utilização de sistemas de triagem específicos é essencial para a gestão eficiente de recursos, uma vez que a sobre-triagem pode levar ao desperdício de meios, enquanto a sub-triagem pode comprometer a sobrevivência dos doentes. Paralelamente, abordagens éticas reforçam a importância de uma priorização justa e orientada para o benefício global, contribuindo para a racionalização de recursos e para a redução de intervenções fúteis (Bazyar et al., 2022; Ghanbari et al., 2021).

A triagem em contexto de urgência intra-hospitalar aplica os mesmos princípios usados em situações de exceção e catástrofe: priorizar os doentes pela gravidade, e não pela ordem de chegada, para salvar mais vidas. No SU, onde a afluência é elevada e os recursos são limitados, uma triagem estruturada (no SUGP onde realizámos estágio verificámos que era utilizado o Sistema de Triagem de Manchester) é essencial para identificar rapidamente situações tempo-dependentes, encaminhar o doente para a área adequada e reduzir atrasos potencialmente fatais. Além de organizar o fluxo e evitar congestionamento, permite detetar precocemente deterioração clínica, orientar exames e intervenções prioritárias e prevenir complicações relacionados com o tempo de espera (Costa, 2020).

Complementarmente, realizámos turnos na EEMIH, tanto na UCIP como no SUGP, e um turno de observação na VMER da USL-B, em janeiro de 2026, experiências que permitiram compreender a articulação da equipa multidisciplinar e a logística envolvida em intervenções críticas.

Ao longo do estágio em SUGP, surgiu a possibilidade da participação em simulações clínicas de trauma com equipas multidisciplinares, contudo esta não se concretizou devido à

falta de autorização do grupo organizador. Felizmente, tivemos oportunidade de desenvolver este tipo de atividade na UC de Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica, no qual pudemos realizar várias sessões de prática simulada de casos clínicos de PSC com o simulador disponibilizado pela escola. Este exercício revelou-se fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e estruturado na avaliação da PSC, permitindo consolidar a capacidade de tomada de decisão em contextos complexos, nomeadamente através da utilização de instrumentos como a mnemónica ABCDE, anteriormente referida.

Complementarmente, procedemos à pesquisa dos protocolos de segurança e de evacuação de emergência nos três contextos de prática clínica.

Nesse processo, tivemos acesso ao plano de catástrofe interna e externa da ULS-A, bem como ao plano de evacuação interna do Serviço de Radiologia. Contudo, constatamos que a UCIP não dispõe, até à data, de um plano ou protocolo próprio em vigor, seguindo apenas as orientações gerais da instituição. Ainda assim, durante o período de estágio, assistimos a uma formação em serviço na qual foi manifestada a intenção de elaborar um plano específico para a UCIP e de o submeter posteriormente para aprovação, o que revela uma preocupação crescente com a segurança e a organização do serviço.

Relativamente ao SUGP, encontrámos o plano de catástrofe e evacuação claramente definido e exposto em vários locais do serviço, permitindo a sua consulta frequente por parte dos profissionais. De forma crítica e reflexiva, consideramos que a existência de planos específicos, acessíveis e adaptados à realidade de cada serviço é fundamental para garantir uma resposta eficaz em situações de emergência, promovendo a segurança de doentes e profissionais; a ausência desses documentos em alguns contextos pode traduzir fragilidades organizacionais, ainda que a iniciativa de os desenvolver represente um passo positivo e necessário para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Reconhecemos que este domínio de competências foi particularmente desafiante de alcançar, devido à limitada oferta de experiências práticas durante os períodos de estágio. Assim, a estratégia que encontrámos para contornar esta limitação recaiu no maior investimento na formação contínua, com o estudo autónomo, pesquisa documental e em formações complementares, que permitiram solidificar os saberes necessários, preparando-nos para a futura aplicação destes conhecimentos na prática clínica especializada, garantindo uma atuação mais segura.

De tal forma, participámos em seminários sobre planos de evacuação e emergência nos contextos de estágio, como o seminário “(Re)agir: Quando o Impossível Acontece – Gestão de Recursos em Emergência e Catástrofe” (*Ocean Medical* em parceria com o Instituto Politécnico de Leiria) (certificado em Anexo XI) e o *webinar* “Catástrofe” promovido pela OE (certificado em Anexo X). Estas atividades permitiram consolidar a base de conhecimento necessária para atuar em situações críticas, apesar da escassez de oportunidades práticas.

A participação nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Urgência e Emergência da ULS Algarve (certificado de participação nas jornadas em Anexo IV) constituiu uma experiência enriquecedora, no âmbito da qual nos propusemos desenvolver uma *scoping review* centrada na intervenção do enfermeiro na preservação de vestígios forenses com apresentação em forma de comunicação oral. Desafiámo-nos a aprofundar a pesquisa sobre a temática, promovendo a aquisição e consolidação de conhecimentos nesta área específica. Posteriormente, investimos na partilha desse conhecimento através da apresentação nas jornadas, tendo este trabalho sido reconhecido com o primeiro prémio das comunicações orais (sumário da comunicação oral em Apêndice G).

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

- 3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- 3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto orientado ou autónomo.

Fonte. Elaboração própria, com base nos documentos de AR, 2018, p. 4162; OE, 2018a, p. 19364.

As IACS integram o conjunto de eventos adversos mais frequentes em doentes hospitalizados. A OMS reconhece-as como um importante indicador da qualidade dos cuidados, o que torna a sua prevenção um pilar essencial da segurança do doente. A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde constituem, assim, um desafio global, sendo as IACS uma preocupação atual e crescente, cuja prevenção depende do compromisso coletivo de todos os profissionais e instituições envolvidas (Jordão, 2021).

Em Portugal, a relevância das IACS tem vindo a intensificar-se, impulsionada pelo aumento da esperança média de vida, pelo crescimento do número de doentes submetidos a terapêuticas imunossupressoras e pela utilização cada vez mais frequente de tecnologias avançadas e procedimentos invasivos, fatores que aumentam o risco de infeção (Nogueira, 2022). Para além destes aspetos, o aparecimento das IACS é influenciado por múltiplos determinantes, nomeadamente as características dos microrganismos, os fatores ambientais associados às instituições de saúde e à elevada circulação diária de pessoas, bem como o fenómeno da resistência bacteriana (Costa, 2022).

Neste enquadramento, a prevenção das IACS e da resistência aos antimicrobianos tem sido amplamente reconhecida como uma prioridade global nas instituições de saúde. A elevada carga endémica de microrganismos patogénicos compromete a segurança dos cuidados em larga escala, tornando imprescindível a implementação de medidas eficazes para conter ameaças que continuam a evoluir de forma exponencial (WHO, 2022). As IACS assumem, deste modo, um dos principais desafios no domínio da segurança do doente e da qualidade dos cuidados de saúde em contextos clínicos (WHO, 2021).

De acordo com o *Global Report on Infection Prevention and Control*, publicado pela OMS em 2022, cerca de 23,6% de todos os casos de choque séptico tratados em meio hospitalar estão associados à prestação de cuidados de saúde. Adicionalmente, 48,7% dos episódios de choque séptico com disfunção orgânica identificada e tratados em UCI resultam de infeções adquiridas durante o internamento hospitalar (WHO, 2022).

No contexto nacional, o Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal – 2017, divulgado pela DGS em 2019, estimou uma taxa de prevalência global de IACS de 7,8%. Isto significa que, em cada 100 doentes internados em hospitais portugueses, aproximadamente 7 a 8 contraíram pelo menos uma IACS (DGS, 2019).

Paralelamente, a resistência aos antimicrobianos constitui uma problemática crescente à escala mundial. Dados referentes a 2020, publicados em 2024 no *Annual Epidemiological Report* da *European Centre for Disease Prevention and Control*, indicam que cerca de 35 000 pessoas morrem anualmente na Europa/Área Económica Europeia como consequência direta de infeções causadas por microrganismos multirresistentes (ECDPC, 2024a).

No espaço das UCI's, a PSC apresenta uma vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de IACS. A complexidade da sua condição clínica e os processos patológicos subjacentes favorecem um estado de imunodepressão significativo. O internamento hospitalar potencia ainda a exposição a múltiplos microrganismos, quer pelo ambiente envolvente, quer pela utilização de dispositivos médicos invasivos, que funcionam como verdadeiras *portas de entrada* para agentes patogénicos, podendo culminar em processos infecciosos (Albulhasan et al., 2020).

Estima-se que, em UCI, o risco de contrair uma IACS é significativamente superior com prevalência de 20,5% (ECDPC, 2024b), e que cerca de 30% dos doentes internados em países desenvolvidos adquiram uma IACS, sendo que, em países em desenvolvimento, esta percentagem pode ser até 20 vezes superior (WHO, 2022). Em Portugal, dados da DGS (2019) revelam que, nas UCI's, 19,1% das pneumonias ocorreram em doentes sob ventilação mecânica invasiva nas 48h anteriores ao diagnóstico; 64,3% das infeções do trato urinário foram registadas em doentes com cateter vesical nos 7 dias prévios; e 98% das bacteriemias surgiram em doentes com cateter vascular, periférico ou central, nos 2 dias anteriores ao diagnóstico.

A relevância epidemiológica das IACS não se limita à sua elevada incidência. Estas infeções contribuem significativamente para o aumento da morbilidade, mortalidade e custos hospitalares, exercendo ainda um impacto expressivo na resistência antimicrobiana, na duração do internamento e na sobrecarga dos sistemas de saúde. Em Portugal, 30,8% dos episódios de infeção classificados como IACS estiveram associados a internamentos superiores a 21 dias (DGS, 2019). Importa, igualmente, salientar as repercussões negativas de natureza social e psicológica, resultantes do sofrimento do doente, da família/cuidadores/pessoas significativas e da comunidade, com consequente pressão adicional sobre o SNS (WHO, 2022).

Neste contexto, a OE reconhece formalmente a relevância do contributo do EEEMC-PSC, definindo este domínio de competências como um perfil específico que integra competências distintas orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados, nomeadamente na concessão e liderança de planos de prevenção e controlo das IACS e resistência a antimicrobianos perante a PSC (OE, 2018a). A definição desta competência, surge em alinhamento com o último enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

A evidência científica indica que a integração de EEEMC-PSC na equipa de Enfermagem está associada a uma redução significativa das IACS, nomeadamente das infeções relacionadas com o cateter venoso central (com uma diminuição da taxa de incidência de 21%), das infeções do trato urinário associadas à sonda vesical (com uma redução aproximada de 5%), bem como das infeções associadas à ventilação mecânica invasiva (Malta et al., 2025).

Frequentemente associadas às técnicas de colocação e cuidados de manutenção destes dispositivos médicos, e atendendo à elevada prevalência destas infeções e ao seu impacto significativo na morbilidade, mortalidade e custos em saúde, a DGS desenvolveu e implementou *bundles*, entendidos como feixes estruturados de intervenções baseadas na evidência científica, cuja aplicação conjunta demonstrou reduzir de forma significativa a incidência de IACS. Estes *bundles* encontram-se especificamente direcionados para a prevenção das infeções associadas aos principais dispositivos médicos invasivos utilizados em UCI, nomeadamente o cateter venoso central, o cateter vesical e o ventilador mecânico invasivo (DGS, 2022a; 2022b; 2022c).

Os feixes de intervenção definidos pela DGS incluem um conjunto de medidas padronizadas que abrangem todas as fases de utilização dos dispositivos, desde a sua inserção, manutenção e vigilância contínua, até à sua remoção atempada, sempre que clinicamente possível. No âmbito dos cuidados de Enfermagem, estes *bundles* contemplam intervenções como a higienização rigorosa das mãos, a aplicação de técnicas assépticas, a correta fixação e manutenção dos dispositivos, a avaliação diária da necessidade da sua permanência, a monitorização de sinais de infeção e o cumprimento de protocolos institucionais (DGS, 2022a; 2022b; 2022c).

A implementação consistente destes *bundles* contribui para a uniformização das práticas clínicas, a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem e a promoção da segurança do doente, assumindo-se como uma estratégia fundamental na prevenção das IACS em contexto de UCI (DGS, 2022a; 2022b; 2022c).

Foi possível confirmar que, nos três contextos de estágios, todos os protocolos, normas ou instruções de trabalho desenvolvidas e em vigor, no âmbito da prevenção e controlo das IACS e resistência a antimicrobianos, tinham como base conceptual e referencial teórico as indicações e recomendações das *bundles* da DGS.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA] é um programa nacional coordenado pela DGS, que foi desenvolvido com a finalidade reduzir a incidência das IACS e conter a emergência e disseminação de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. Este programa assenta na vigilância epidemiológica, na implementação de medidas preventivas baseadas na evidência científica, na promoção da utilização adequada de antimicrobianos e na formação contínua dos profissionais de saúde, assumindo um papel central na promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados (DGS, 2017).

O estudo prévio de tais documentos constituiu o primeiro passo fundamental para a aquisição e consolidação da competência específica em análise. Esta etapa inicial revelou-se essencial para a compreensão aprofundada das recomendações baseadas na evidência científica, bem como dos princípios subjacentes à implementação de práticas seguras e padronizadas em contexto de cuidados à PSC.

Para reforçar, sustentar e complementar o conhecimento teórico adquirido através do estudo dos documentos acima referidos, foi igualmente assegurada a participação no *webinar* “Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos”, promovido pela OE (certificado de participação em Anexo VIII). Desta forma, houve uma atualização científica e consolidação de conceitos fundamentais nesta área, permitindo complementar a abordagem prática ao longo dos estágios.

No projeto de estágio ficou proposto a realização de um estágio de observação junto da equipa da UL-PPCIRA da ULS-A, objetivo que foi integralmente cumprido a junho de 2025. Este estágio constituiu uma oportunidade relevante de contacto direto com a dinâmica de funcionamento da equipa e o entendimento do papel estratégico desta na prevenção e controlo

de IACS e na gestão do risco clínico em contexto hospitalar. O turno de observação com a equipa da UL-PPCIRA revelou-se particularmente enriquecedor, permitindo adquirir um conhecimento aprofundado sobre o trabalho do EEEMC-PSC desenvolvido neste âmbito, bem como compreender a complexidade das atividades inerentes à vigilância das IACS, à análise de indicadores, à auditoria (interna e externa) de práticas clínicas, à elaboração de recomendações e ao apoio contínuo às equipas multidisciplinares.

Durante este turno, tornou-se evidente a significativa escassez de recursos humanos na equipa da UL-PPCIRA. De acordo com o que se encontra regulamentado em Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro, o rácio recomendado é de um enfermeiro da equipa hospitalar de prevenção e controlo de infeção por cada 150 doentes internados. Contudo, esta realidade não se verifica na ULS-A, resultando numa sobrecarga de trabalho expressiva para os profissionais afetos a esta área (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022).

Com esta insuficiência de recursos humanos reflete-se uma limitação da capacidade de vigilância epidemiológica, a redução da frequência de auditorias e ações formativas, o atraso na implementação de medidas corretivas e a diminuição do acompanhamento próximo das equipas multidisciplinares. Esta sobrecarga compromete, inevitavelmente, a eficácia das estratégias de prevenção e controlo de infeção, podendo traduzir-se num aumento do risco de IACS, numa menor adesão às boas práticas clínicas e num impacto negativo na segurança do doente e na qualidade global dos cuidados prestados, com afeção direta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica defendidos pela OE (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2022; OE, 2017).

Com vista ao alcance da competência, e tendo como referência o ponto referente à conceção de um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos (OE, 2018a), foi desenvolvida uma atividade prática centrada na elaboração de uma instrução de trabalho intitulada “Descontaminação de Equipamento de Monitorização de Profundidade Anestésica”, destinada ao Serviço de NRI da ULS-A (Apêndice D).

A realização desta instrução de trabalho decorreu em articulação com a equipa de Enfermagem do serviço e com o enfermeiro orientador de estágio, assegurando a adequação do conteúdo à realidade clínica, às práticas instituídas e às recomendações baseadas na evidência científica. Este documento teve como objetivo padronizar procedimentos, clarificar

responsabilidades e promover práticas seguras na descontaminação de equipamentos de monitorização, considerados dispositivos críticos no contexto da prevenção das IACS. A elaboração desta instrução de trabalho permitiu integrar conhecimentos teóricos com a prática clínica, reforçando a importância da correta descontaminação de equipamentos na interrupção da cadeia de transmissão de microrganismos e na redução do risco de infeção e de resistência antimicrobiana. Desta forma, constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento da competência em análise, ao traduzir-se numa intervenção concreta, orientada para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Apesar do exercício de funções enquanto enfermeira de cuidados gerais, e de todas as *bundles*, orientações, regulamentos e programas desenvolvidos no âmbito da prevenção e controlo das IACS se destinarem a todos os enfermeiros — e não exclusivamente ao EEEMC-PSC —, a experiência de estágio em contextos clínicos altamente complexos, nomeadamente na UCIP e SUGP, revelou-se particularmente marcante no nosso percurso formativo.

Os contextos de cuidados à PSC caracterizam-se por um elevado grau de imprevisibilidade, exigência técnica e, por vezes, por uma perceção de *caos* inerente à gravidade da situação clínica do doente. Nestes ambientes, poderia assumir-se que pequenas *regras* ou procedimentos aparentemente simples, como a correta higienização das mãos, a manutenção rigorosa de dispositivos invasivos ou o cumprimento integral dos feixes de intervenção, fossem mais facilmente esquecidos ou descurados face à pressão neles intrínseca. Contudo, a vivência prática demonstrou precisamente o contrário. Nestes contextos, o rigor técnico, a atenção ao detalhe e o cumprimento escrupuloso das boas práticas revelam-se ainda mais presentes e valorizados. A consciência do risco elevado, associada à vulnerabilidade extrema da PSC, parece potenciar uma maior adesão às normas de prevenção e controlo de infeção, evidenciando que são precisamente os pequenos gestos, repetidos de forma consistente e fundamentada, que fazem a diferença na segurança dos cuidados prestados.

Esta experiência reforçou a compreensão de que a prevenção das IACS não depende apenas do conhecimento técnico ou do nível de especialização, mas sobretudo de uma atitude profissional baseada na responsabilidade, na vigilância contínua e no compromisso com a qualidade dos cuidados. Assim, os estágios contribuíram para uma reflexão profunda sobre a prática clínica, consolidando a convicção de que o rigor e a atenção ao detalhe não são elementos acessórios, mas sim pilares fundamentais da Enfermagem especializada, especialmente em contextos de elevada complexidade e risco.

Face ao exposto, consideramos que as competências no domínio maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, em consonância com as competências de Mestre, foram adquiridas e consolidadas de forma progressiva e consistente.

CONCLUSÃO

O presente relatório, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação com EEMC-PSC, refletiu o culminar de todo o percurso de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, articuladas com as competências inerentes ao grau de Mestre.

Ao longo dos estágios de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica realizados em três contextos da prática, nomeadamente em Serviço de NRI, UCIP e SUGP, complementados por estágios de observação com a equipa da UL-PPCIRA da ULS-A, com a equipa de Nutrição da ULS-A, no Gabinete da Qualidade e Segurança da ULS-A e na VMER da ULS-B, foi possível integrar os referenciais teóricos na análise crítico-reflexiva da prática clínica, seguindo as linhas orientadoras do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June H. Larrabee e da Teoria das Necessidades Básicas de Virginia Henderson.

O foco temático na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos revelou-se particularmente pertinente pois trata-se de um assunto de crescente preocupação e com forte impacto nos resultados em saúde. Verificou-se que as intervenções de Enfermagem, alinhadas com as orientações e *guidelines* nacionais e internacionais atuais - nomeadamente os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica -, permitem atuar na prevenção de complicações e promoção da saúde. As atividades desenvolvidas, como a revisão e atualização de protocolos de serviço, elaboração de instruções de trabalho, produção científica através de artigos científicos, pósteres científicos e comunicações orais, e as ações de formação em serviço com intuítos de partilha de conhecimento com pares, exemplificam a tradução da evidência em ações concretas, promovendo qualidade e segurança dos cuidados.

No domínio das competências comuns, destacou-se o desenvolvimento da responsabilidade ética/legal, melhoria contínua da qualidade (via auditorias e governação clínica), gestão de cuidados (liderança situacional observada) e aprendizagem ao longo da vida (produção científica premiada). Nas específicas, evidenciou-se o cuidado à PSC (gestão

da dor, comunicação terapêutica, atualização de protocolos), resposta a emergências (SAV/ITLS, triagem) e maximização da prevenção e controlo de IACS (*bundles* da DGS, vigilância UL-PPCIRA, instrução de trabalho), sempre com reflexão sobre limitações como subdotação de enfermeiros e escassez de experiência profissional prévia.

A principal limitação sentida ao longo deste percurso foi a, ainda, diminuída experiência profissional no geral e, sobretudo, em contextos específicos da PSC. No entanto, com plena consciência dessa realidade, optámos por transformar essa limitação numa oportunidade de crescimento e aprendizagem, encarando o processo com abertura e curiosidade. Procurámos colocar de lado preconceitos, expectativas ou ideias rígidas, assumindo a postura de uma verdadeira *tela em branco*, disponível para aprender de novo e para absorver tudo aquilo que este percurso tinha para oferecer. Essa postura permitiu o desenvolvimento das competências, mas também ampliar perspectivas e retirar aprendizagens significativas, tanto a nível profissional como pessoal.

Assim, concluímos que os objetivos inicialmente propostos foram globalmente alcançados, evidenciando-se a aquisição de competências através da reflexão crítica sobre a prática em estágio. A análise dos contextos clínicos, a articulação com modelos teóricos e evidência científica, bem como a reflexão sobre as intervenções de Enfermagem na gestão nutricional do doente em cuidados intensivos, contribuíram para o desenvolvimento de uma prática mais fundamentada.

Este percurso formativo reforçou a identidade profissional como EEEMC-PSC, capaz de liderar mudanças baseadas em evidências, otimizar recursos em contextos complexos e contribuir para a humanização dos cuidados.

Ser EEEMC-PSC transcende a dimensão de um título académico; é, acima de tudo, uma forma de estar aquando da prestação de cuidados, de pensar, de agir e de liderar com propósito. Representa uma responsabilidade para com as equipas que integramos, guiando com exemplo e inspirando confiança; e uma responsabilidade perante a sociedade, contribuindo para um impacto positivo e duradouro. Ser EEEMC-PSC significa ser um ponto de referência, alguém a quem se recorre, alguém que transforma desafios em oportunidades de crescimento, não apenas para si, mas para todos à sua volta. É uma missão de liderança consciente, onde cada decisão e cada ação refletem integridade, compromisso e uma visão mais ampla do que significa servir e inspirar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abulhasan, Y. B., Abdullah, A. A., Shetty, S. A., Ramadan, M. A., Yousef, W., & Mokaddas, E. M. (2020). Health Care-Associated Infections in a Neurocritical Care Unit of a Developing Country. *Neurocritical care*, 32(3), 836–846. DOI <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00856-8>
- Afenigus, A. D. (2024). Evaluating pain in non-verbal critical care patients: a narrative review of the critical care pain observation tool and Its clinical applications. *Frontiers in Pain Research*, 5, 1-8. DOI <https://doi.org/10.3389/fpain.2024.1481085>
- Ahmed, M. A. E., Shakweer, T. T., & Mahmoud, B. H. (2022). Nurses' awareness regarding ethical and legal issues in critical care units. *International Journal of Advance Research in Nursing*, 5(1), 201-207. DOI <https://doi.org/10.33545/nursing>
- Alsohime, F., Temsah, M.-H., Al-Eyadhy, A., Ghulman, S., Mosleh, H., & Alsohime, O. (2021). Technical Aspects of Intensive Care Unit Management: A Single-Center Experience at a Tertiary Academic Hospital. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 869–875. DOI <https://doi.org/10.2147/JMDH.S294905>
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition [ASPEN]. (2025). *The role of parenteral nutrition in managing malnutrition: Practice tool*. Disponível em <https://nutritioncare.org/wp-content/uploads/2025/07/Role-of-PN-in-Malnutrition.pdf>
- Assembleia da República [AR]. (2008). Resolução da Assembleia da República n.º 35/2008, Diário da República n.º 145/2008, Série I de 2008-07-29, 1-26 – terceira retificação ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.
- Assembleia da República [AR]. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República n.º 157, 1.ª série de 2018-08-16, 4147-4182.

- Assembleia da República [AR]. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, 1ª série, n.º 169, 55-66.
- Assembleia da República [AR]. (2024). Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro, Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19, 57-75 – terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Ballah, A. M., Kirfi, A. M., Ogunleye, O. O., Adamu, A., Baffah, A. M., Essien, O., Bwala, K. J., Galadima, H. A., Kalu, Q. N., Duke, R., Mahdi, A. M., Abubakar, A. S., & Karaye, K. M. (2024). Diarrhoea in the Enterally Fed Critically ILL Patients: A Literature Review. *International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies*, 04(09), 1670-1674. DOI <https://doi.org/10.47191/ijmscrs/v4-i09-14>
- Baptista, A. C. P. (2024). *Gestão Nutricional na Pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 7–16. DOI <https://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf>
- Bazyar, J., Farrokhi, M., Salari, A., Safarpour, H., & Khankeh, H. R. Accuracy of Triage Systems in Disasters and Mass Casualty Incidents: a Systematic Review. *Arch Acad Emerg Med*, 10(1), 1-9. DOI 10.22037/aaem.v10i1.1526.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica* (4ª ed.). (L. Pudenzi, Trad.). Edições Loyola. (Original publicado em 1979).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Boeykens, K. (2021). Nutritional Support in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(1), 14–20. DOI <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000448>

- Canellas, M., Palma, I., Pontifice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: a scoping review. *Revista Enfermería Global*, 60, 541-556. DOI <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Carrapato, P. (2024). A liderança organizacional. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada em contexto clínico* (pp. 87-93). Lidel.
- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., de van der Schueren, M. A. E., Sieber, C., Valentini, L., Yu, J. C., Van Gossum, A., & Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64. DOI <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Coelho, B., Caetano, M., Correia, R., Aidos, P., & Cunha, M. (2025). O agir ético em Enfermagem: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(17), 1-9. DOI <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39618>
- Compher, C., Bingham, A. L., McCall, M., Patel, J., Rice, T. W., Braunschweig, C., & McKeever, L. (2022). Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 46(1), 12–41. DOI <https://doi.org/10.1002/jpen.2267>
- Costa, F. A. D. (2020). *Triagem de Manchester: intervenção dos enfermeiros*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Costa, J. (2022). *Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos cuidados de Saúde: O Papel do Controlo Ambiental*. Disponível em https://www.such.pt/wp-content/uploads/2022/09/Artigo_Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controlo-1.pdf
- Crossfield, C. L., Russo, P. L., & Bucknall, T. K. (2021). Enteral nutrition feeding practices by intensive care nurses: A retrospective evaluation. *Nursing in Critical Care*, 27(5), 676–681. DOI <https://doi.org/10.1111/nicc.12609>

- Cruz-Sánchez, J. J., Gutiérrez-Moguel, N. V., Rendón-Rodríguez, R., & Alvarado-Luis, G. (2020). Importancia de la evaluación y terapia nutricional en pacientes críticos y no críticos con COVID-19. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*, 7(4).
- Delsoglio, M., Achamrah, N., Berger, M. M., & Pichard, C. (2019). Indirect Calorimetry in Clinical Practice. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1387), 1-19. DOI <https://doi.org/10.3390/jcm8091387>
- Dias, D., Reis, J., Nunes, N., Ruxa, S., Severino, S., & Sousa, L. (2025). Nurse leadership and the challenges of clinical governance in emergency settings: a theoretical and reflective analysis. *Nursing Depths Series*, 4(407), 1-5. DOI <https://doi.org/10.56294/nds2025407>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal – 2017*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). *Norma n.º 022/2015 atualizada em 29/08/2022: Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). *Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022c). *Norma Clínica 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2024). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2023*. Ministério da Saúde.
- Doley, J. (2022). Enteral Nutrition Overview. *Nutrients*, 14(2180), 1-15. DOI <https://doi.org/10.3390/nu14112180>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Ellis, C., Macdeod, H., Watson, F., Patel K., O'Byrne, D. & Foreman, M. (2021). *Extended Care Paramedic clinical procedures and guidelines*. St John New Zealand. https://www.stjohn.org.nz/globalassets/documents/health-practitioners/ecpcpg_comprehensive_211208.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDPC]. (2024a). *Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) Annual Epidemiological Report for 2023*. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-eueea-ears-net-annual-epidemiological-report-2023>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDPC]. (2024b). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022–2023*. LU: Publications Office. <https://doi.org/10.2900/88011>
- European Federation of Critical Care Nurses Associations [EfCCNa]. (2019). *Position statement on post-registration critical care nursing education within Europe*. Disponível em https://www.efccna.org/images/stories/publication/2019_PS_Enteral_Nutrition.pdf
- Ferrari, R. F. R., Rodrigues, D. M. M. R., Baldissera, V. D. A., Pelloso, S. M., & Carreira, L. (2014). Aplicabilidade da teoria de Virginia Henderson para fundamentação na

- Enfermagem: fragilidades e potencialidades. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, 18(1), 51-56.
- Ferreira, M. T., Ramalho, S., Silva, T., Oliveira, F., Gonçalves, R., & Araújo, N. (2025). Impacto da Governação Clínica em Enfermagem: Uma Revisão Sistemática Literatura. *Millenium*, 2(27), 1-8. DOI <https://doi.org/10.29352/mill0227.40383>
- Ferreira, V. M. F., & da Fonseca, R. N. (2023). Modelos de governação clínica em Portugal: realidade hospitalar, agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 20520–20531. DOI <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-092>
- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Madureira, M., Sousa, P., & Veludo, F. (2022). Dificuldades e estratégias na integração ao cuidado da pessoa em situação crítica: uma scoping review. *Enfermería Global*, 21(2), 469–516. DOI <https://doi.org/10.6018/eglobal.478501>
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira M. J., & Mendonça S. (2023). *Norma para elaboração de trabalhos científicos e académicos*. Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.
- Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde (2023). Despacho n.º 9984/2023 de 27 de setembro. Diário da República, n.º 188, 2ª série, de 2023-9 27, 85-89.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho. Diário da República, n.º 129, 2ª série, de 2018-7-6, 18713-18714.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Despacho n.º 10511/2021 de 26 de outubro. Diário da República, n.º 208, 2ª série, de 2021-11 26, 166-167.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Despacho n.º 10901/2022 de 8 setembro: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Anti microbianos (PPCIRA). Diário da República, 2.ª série, n.º 174, 93-99.
- Ghanbari, V., Ardalan, A., Zareiyan, A., Nejati, A., Hanfling, D., Bagheri, A., & Rostamnia, L. (2021). Fair prioritization of casualties in disaster triage: a qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 1-12. DOI <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00515-2>

- Glarcher, M., & Vaismoradi, M. (2025). A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5248–5263. DOI <https://doi.org/10.1111/jan.16105>
- Gonçalves, L., Dixe, M., & Mendonça, S. (2024). Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(3), 1-7. DOI <https://doi.org/10.12707/RVI23.119.33125>
- Gonçalves, S. (2024). A pilot randomized controlled trial on lung sounds education using ATI health assess 2.0 respiratory module versus a student-led e learning course with Microsoft PowerPoint. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 116, 49-60.
- González-Salazar, L. E., Guevara-Cruz, M., Hernández-Gómez, K. G., & Serralde-Zúñiga, A. E. (2020). Manejo nutricional del paciente hospitalizado crítica mente enfermo con COVID-19. Una revisión narrativa. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 622-630.
- Hansen, S., Hessevaagbakke, E., Lindeflaten, K., Elvan, K., & Lillekroken, D. (2024). Nurturing ethical insight: exploring nursing students' journey to ethical competence. *BMC Nursing*, 23(568), 1-14. DOI <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02243-x>
- Henderson, V. (2004). *Princípios Básicos Dos Cuidados de Enfermagem CIE* (I. Gomes, J. Santos, M. H. Silva, M. I. Soares, T. Félix, & T. Rebelo Trans.). Lusodidacta. (Original publicado em 1966).
- Hill, A., Elke, G., & Weimann, A. (2021). Nutrition in the Intensive Care Unit-A Narrative Review. *Nutrients*, 13(8), 2851. DOI <https://doi.org/10.3390/nu13082851>;
- Huston, C. J. (2022). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- International Council of Nurses [ICN]. (2022). *ICN framework for disaster nursing competencies 2022*. Geneva, Switzerland. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf
- Johns, C. (2022). *Becoming a reflective practitioner* (6^a ed.). Wiley-Blackwell.

- Jordão, E. M. C. (2021). *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde no Doente Crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado). Universidade do Minho.
- Kanninen, T., Häggman-Laitila, A., Tervo-Heikkinen, T., & Kvist, T. (2021). An integrative review on interventions for strengthening professional governance in nursing. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1398–1409. DOI <https://doi.org/10.1111/jonm.13377>
- Katowa-Mukwato, P., Chitundu, K., Monde, M. W., Maimbolwa, M. M., & Jere, L. D. (2022). Evidence based practice and critical thinking in nursing education and practice: A scoping review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 14(4), 65–80. DOI <https://doi.org/10.5897/IJNM2022.0511>
- Klotz, K., Riedel, A., Lehmeyer, S., & Goldbach, M. (2022). Legal Regulations and the Anticipation of Moral Distress of Prospective Nurses: A Comparison of Selected Undergraduate Nursing Education Programmes. *Healthcare*, 10(2074), 1-17. DOI <https://doi.org/10.3390/healthcare10102074>
- Koontalay, A., Sangsaikaew, A., & Khamrassame, A. (2020). Effect of a Clinical Nursing Practice Guideline of Enteral Nutrition Care on the Duration of Mechanical Ventilator for Critically Ill Patients. *Asian nursing research*, 14(1), 17–23. DOI <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.12.001>
- Larrabee, J. H. (2011). *Prática baseada em evidências em Enfermagem* (M. Zanatta, Trad.). AMGH Editora Ltda. (Obra original publicada em 2009).
- Lemos, D. M., Oliveira, T. K. de M., Costa, A. B. O., Diniz, S. O. da S., & da Silva, P. S. (2024). Care management: reflections produced in teaching of nursing through image creation. *Contribuciones A Las Ciencias Sociales*, 17(2), 1-18. DOI <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-028>
- Madeira, T., Correa, A. V. T., Abranches, G. de P., & Masruha, M. R. (2023). Analysis of risk factors associated with cerebral angiography headache. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 81(04), 334–339. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-1768157>

- Malheiro, L. C. (2024). *Nutrição Entérica na UCI: Padrões de Cuidados e Práticas de Enfermagem*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.
- Malta, A., Braga, C., Oliveira, R., Santos, J., Fernandes, F., Pereira, A., & Sequeira, C. (2025). Nursing specialized in the care of the person in critical situation: a scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 8(1), 1-10. DOI <https://doi.org/10.37914/riis.v8i1.335>
- Mano, D., Vidal, C., de Mendonça, T., Sousa, R., Santos, M., Pinho, J. P., Marinho, R., & Marinho, A. (2022). Avaliação da Massa Muscular e Suporte Nutricional no Doente Crítico. *Medicina Interna*, 29(1), 13–18. DOI <https://doi.org/10.24950/rspmi.2022.01.220>
- Marinho, A., Sousa, G., Fonseca, J., Carvalho, M., Carvalho, N., & Alves, P. (2019). A Malnutrição Associada à Doença e as suas Repercussões em Portugal. *Medicina Interna*, 26(1), 60–66. DOI <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/91/1/2019>
- Marques, A. C., Souza, C. J., & Santos, I. S. N. (2024a). Cuidados de Enfermagem ao paciente submetido à terapia nutricional parenteral em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(8), 1-11. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e16533.2024>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(1075), 1-10. DOI <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Marques, R., Pontífice-Sousa, P., & Néné, M (2024b). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada em contexto clínico* (pp. 94-98). Lidel.
- Mendes, W. de P., Gomes, T. B., Nunes, J. S., Rodrigues, T. F., Gomes, G. V., Ferreira, S. da S., Barros, P. S., Abreu, V. P. L., Lima, T. O. S., & Abrão, R. K. (2022). Competências gerenciais do enfermeiro no âmbito hospitalar: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, 11(4), 1-11. DOI <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26742>

- Ministério da Saúde [MS]. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Diário da República, n.º205, 1ª série, de 1996-9-4, 2959-2962.
- Ministério da Saúde [MS]. (2014). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República, n.º153, 2ª série, de 2014-8-11, 20673-20678.
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 24 setembro: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 187, 96-103.
- Miranda, P. M. S. (2023). *Comunicação com os familiares do Doente Crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.
- Morais, M. R. S. (2020). As competências acrescidas avançadas desenvolvidas pelos enfermeiros gestores/líderes numa região insular: necessidades formativas. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(30), 129-140. DOI <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.129-140>
- Motsepe, T. L., & Schmollgruber, S. (2025). Emergency nurses' disaster preparedness competencies: A focused mapping review and synthesis. *Health SA Gesondheid*, 30,1-9. DOI <https://doi.org/10.4102/hsag.v30i0.2770>
- Mourão, C. C. S. F. (2022). *A nutrição entérica no doente crítico. Intervenção especializada de Enfermagem*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.
- Nam, H. H., Jang, D. K., & Cho, B. R. (2022). Complications and risk factors after digital subtraction angiography: 1-year single-center study. *Journal of Cerebrovascular and Endovascular Neurosurgery*, 24(4), 335–340. DOI <https://doi.org/10.7461/jcen.2022.E2022.05.001>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity*. Washington, DC: The National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573914/pdf/Bookshelf_NBK573914.pdf

- Nogueira, J. P. G. (2022). *IACS: Efetividade da Estratégia Nacional de Prevenção e Controlo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra.
- Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão em Enfermagem. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada em contexto clínico* (pp. 87-93). Lidel.
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem.
- Nunes, S. M. A. R., (2025). *O clinical debriefing como promotor de segurança e melhoria dos cuidados à pessoa em situação crítica*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Diário da República n.º 123, 2.ª série, de 2015-6-26, 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - Na Área de Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica - Na Área de Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa - Na Área de Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória - Na Área de Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica*. Disponível em https://ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135, 2.ª série de 2018-7-16, 19359-19370.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). *Parecer n.º 15/2018 — Funções do enfermeiro de cuidados intensivos e medicina intensiva*. Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26, 2.ª série, de 2019-2-06, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República n.º 184, 2.ª série, de 2019-9-25, 128-155.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde – uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial da Saúde.

Papathanasiou, I., Kleisariis, C., Fradelos, E., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2014). Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. *Acta Informatica Medica*, 22(4), 283-286. DOI <https://doi.org/10.5455/aim.2014.22.283-286>

Patrician, P. A., Campbell, C. M., Javed, M., Williams, K. M., Foots, L., Hamilton, W. M., House, S., & Swiger, P. A. (2024). Quality and Safety in Nursing: Recommendations From a Systematic Review. *Journal for Healthcare Quality*, 46(4), 203–219. DOI <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000430>

Pires, A., Semedo, M., Canelas, P., Vilaça, S., Silva, S., Severino, S., & Sousa, L. (2026). Clinical Governance and Evidence-Based Practices: An Essential Pillar for Safe and Quality Healthcare. *South Health and Policy*, 5(365), 1-6. DOI <https://doi.org/10.56294/shp2026365>

Presidência do Conselho de Ministros [PCM]. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. Diário da República, n.º215, 1ª série, de 2023-11-7, 4-20.

Reis, A. M., & Oliveira, C. C. (2012). Formação ética dos enfermeiros: qual a realidade Portuguesa?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 653-659.

Resuscitation Council UK. (2024). *The ABCDE approach*. Disponível em <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>

- Roda, T. M. C. (2023). *A Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica – da Avaliação à Intervenção*. (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image J Nurs Sch*. 31(4), 317-322. DOI 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x
- Royal College of Radiologists [RCR]. (2023). *Guidelines for nursing care in interventional radiology (3rd ed.)*. Disponível em https://www.rcr.ac.uk/media/0n5jtt3q/rcr-publications_guidelines_for_nursing-care-in-interventional-radiology-third-edition_april-2023.pdf
- Salviano, F. W. B., Vieira, J. E. B. A., & Silva, M. R. L. E. (2025). Avaliação da dor em pacientes sob cuidado intensivo: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 14(1), 1-10. DOI <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47985>
- Santos, B. O., Souza, V. C. O., Santos, K. A., & Sousa, D. B. B. (2024b). Critical patient care: the impact of humanization tools. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9), 1-24. DOI <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-170>
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A., Duque, F., Fernandes, B., Sousa, R., & Amaral, A. (2024a). A perceção de líderes formais de Enfermagem sobre a prática baseada na evidência. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(3), 1-8. DOI <https://doi.org/10.12707/RVI23.90.32426>
- Santos, J. (2023). Advanced Nursing: remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 84–91. DOI <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>
- Santos, P., Coutinho, V., Rabiais, I., & Batista, R. (2025). Capacitação do Enfermeiro em Catástrofe: Análise Comparativa de Matrizes de Competências. *Revista de Enfermagem Referência*, VI(4), 1-7. DOI <https://doi.org/10.12707/RVI24.123.39741>
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

- Shin, S. J., Hong, E. M., Do, J. Y., Lee, M. S., Jung, Y. S., & Lee, I. Y. (2022). Development of a critical reflection competency scale for clinical nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-11. DOI <https://doi.org/10.3390/ijerph19063483>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. de M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, 1-13. DOI <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3540>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo-Gonzalez, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Szczeklik, W., van Zanten, A. R. H., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(9), 1671–1689. DOI <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.011>
- Singh, D. K., Yadav, K., Singh, A. K., Sinha, K., Kaif, M., Kumar, R., & Chand, V. K. (2023). Digital Subtraction Angiography of Cerebral Vessels. *Neurology India*, 71(1), 31–34. DOI <https://doi.org/10.4103/0028-3886.370436>
- Solberg, M. T., Pedersen, I., Mathisen, C., Finnstrøm, I. J., Lundin, P. K., & Nes, A. A. G. (2023). Professional competence required in advanced practice nursing in critical care: An exploratory qualitative study. *Nursing Open*, 10(12), 7839–7847. DOI <https://doi.org/10.1002/nop2.2032>
- Speth, C. (2023). *A análise SWOT: Uma ferramenta chave para o desenvolvimento de estratégias empresariais*. 50 Minutes.
- Stafseth, S. K., Flatland, S., Granerud, E., Berg, J., & Hansen, B. S. (2023). The Value of Nursing Competence and Staffing for Patients in Critical Care: A Scoping review. *Inspira*, 18(2), 35–55. DOI <https://doi.org/10.23865/inspira.v18.3052>
- Therrier, S., Carlos, C. M., Costa, R. F., Simino, G. P. R., & Barbosa, J. A. G. (2021). Avaliação da nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, 1-10. DOI 10.18471/rbe.v35.38558

- Tume, L. N., Lynes, A. A., Waugh, V., Johnston, B. W., Kazi, A., Truman, N., & Szakmany, T. (2024). Nurses' decision-making around gastric residual volume measurement in UK adult intensive care: A four-centre survey. *Nursing in Critical Care*, 29(5), 916–922. DOI <https://doi.org/10.1111/nicc.13056>
- Wang, S., He, Y., Yi, J., & Sha, L. (2025). Risk factors for enteral feeding intolerance in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 25(1), 233. DOI <https://doi.org/10.1186/s12876-025-03837-8>
- Wang, Z., Ding, W., Fang, Q., Zhang, L., Liu, X., & Tang, Z. (2019). Effects of not monitoring gastric residual volume in intensive care patients: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 86–93. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.005>
- Wen, Z., Xie, A., Peng, M., Bian, L., Wei, L., & Li, M. (2019). Is discard better than return gastric residual aspirates: a systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 19(1), 113. DOI <https://doi.org/10.1186/s12876-019-1028-7>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *2019 novel coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan*. WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Global report on infection prevention and control*. World Health Organization. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Disease-related malnutrition: a time for action*. Disponível em <https://iris.who.int/items/ff58386b-7b4e-4410-88a0-71df84218f55>
- Yasuda, H., Kondo, N., Yamamoto, R., Asami, S., Abe, T., Tsujimoto, H., Tsujimoto, Y., & Kataoka, Y. (2021). Monitoring of gastric residual volume during enteral nutrition.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 9, 1-51. DOI
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013335.pub2>

APÊNDICES

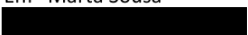
APÊNDICE A

COLABORAÇÃO NO PROJETO DE MELHORIA “IMPLEMENTAÇÃO DE REGISTOS ELETRÓNICOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE NEURORRADIOLOGIA” DO SERVIÇO DE NRI DA ULS-A



APÊNDICE B

INSTRUÇÃO DE TRABALHO “DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE MONITORIZAÇÃO DE PROFUNDIDADE ANESTÉSICA” PARA O SERVIÇO DE NRI DA ULS-A

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO	N.º: / / 	FOLHA 1/14
		DATA:	Versão 1
ASSUNTO: DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE MONITORIZAÇÃO DE PROFUNDIDADE ANESTÉSICA		ELABORADO POR: Enfª Marta Sousa  Em: 2025	
		VERIFICADO POR: Em:	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR		VALIDADE POR: Em:	
ENTRADA EM VIGOR: IMEDIATA		APROVADA POR: Em:	
SUBSTITUI: Sem antecedentes			
PALAVRAS-CHAVE: Profundidade anestésica		A REVER:	

1. DEFINIÇÃO

1.1. PROFUNDIDADE ANESTÉSICA

Profundidade anestésica refere-se ao grau de depressão do sistema nervoso central induzido por agentes anestésicos, necessário para garantir inconsciência, analgesia, amnésia e imobilidade durante um procedimento cirúrgico ou invasivo, evitando tanto o despertar intraoperatório quanto a depressão excessiva (que pode causar instabilidade hemodinâmica e atraso na recuperação).

A monitorização adequada da profundidade anestésica permite:

- Ajuste exato dos fármacos anestésicos.
- Maior segurança do doente durante a indução/manutenção de anestesia.
- Redução de complicações perioperatórias ou periprocedimento a realizar.

O3 Regional Oximeter - Consiste num oxímetro não invasivo, que permite medição e monitorização da oxigenação cerebral regional através de espectroscopia de infravermelho próximo e ajuda a avaliar a perfusão cerebral durante anestesia geral ou regional.

SedLine Sedation Monitor – Monitorização da atividade elétrica cerebral.

Root – Plataforma de integração multimodal, que permite exibir simultaneamente dados do SedLine Sedation Monitor, O3 Regional Oximeter e Radical-7 Pulse CO-Oximeter.

Radical-7 Pulse CO-Oximeter – Monitorização não invasiva contínua da saturação periférica de oxigénio e níveis de carboxihemoglobina, metahemoglobina, etc.

APÊNDICE C

PROTOCOLO ATUALIZADO SOBRE “PROTOCOLO NUTRICIONAL – NUTRIÇÃO ENTÉRICA” DA UCIP DA ULS-A

	PROTOCOLO	N.º: DATA:	FOLHA 1/20 Versão1
ASSUNTO:		ELABORADO POR:	
PROTOCOLO NUTRICIONAL – NUTRIÇÃO ENTÉRICA (UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE) 			
		Em: dezembro 2021	
		ATUALIZADO POR:	
		Enf.ª EEMC Marta Sousa	
		Em: outubro 2025	
DIVULGAÇÃO:		VALIDADO POR:	
MANUAL HOSPITALAR Normas Hospitalares		APROVADA PELO CA:	
ENTRADA EM VIGOR: IMEDIATA			
SUBSTITUI: SUPORTE NUTRICIONAL DO DOENTE CRÍTICO de dezembro de 2021; PROTOCOLO NUTRICIONAL: NUTRIÇÃO ENTÉRICA de 2015		A REVER:	
PALAVRAS-CHAVE: Nutrição Entérica, Intervenções de Enfermagem, Doente crítico			

I. DEFINIÇÃO

O suporte nutricional é uma terapêutica que consiste na administração de nutrientes artificiais. Sempre que possível são administrados no tubo digestivo (nutrição entérica (NE)), e quando necessário administram-se diretamente na corrente sanguínea (nutrição parentérica (NP)).

De destacar que as mais recentes recomendações europeias da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), indicam que a alimentação convencional por via oral é sempre preferível a outras, quando possível e segura. Contudo, em contexto de doente crítico, frequentemente surge a incapacidade de se alimentar por via oral, tornando a nutrição entérica e/ou nutrição parentérica como métodos alternativos. Quando possível, a via entérica é sempre preferível, pois apresenta um risco de complicações infecciosas inferior quando comparada à via parentérica.

A nutrição entérica (NE) consiste na administração completa ou suplementar de alimentação e água através de uma sonda na via digestiva, suprimindo todas as necessidades nutricionais do doente, quer em termos calóricos como proteicos. São administradas soluções compostas por nutrientes quimicamente definidos, na sua forma metabolizada ou não.

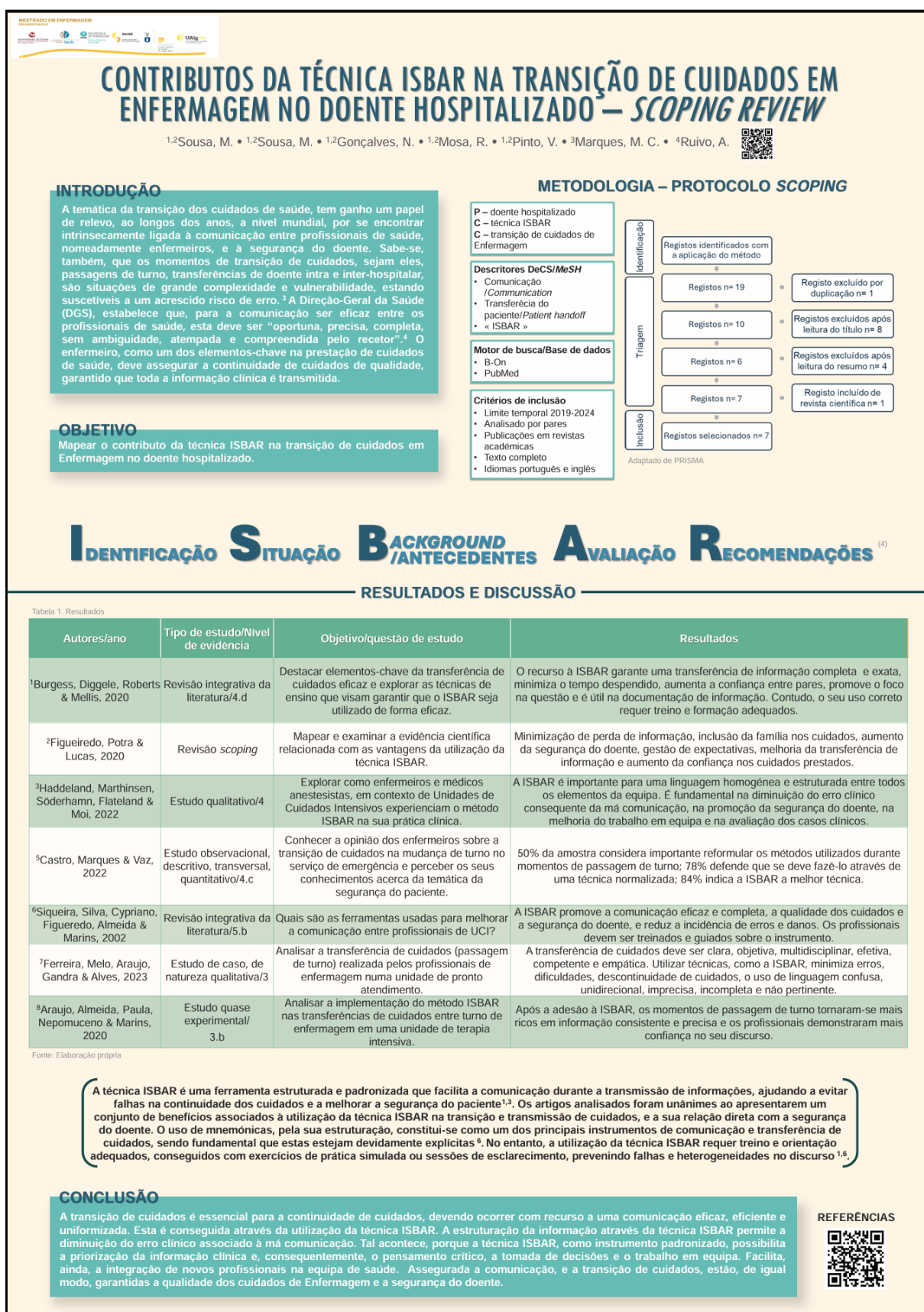
APÊNDICE D

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP DA ULS-A SOBRE “PROTOCOLO NUTRICIONAL – NUTRIÇÃO ENTÉRICA”

PLANO DE SESSÃO				
Tema da sessão	Protocolo nutricional - Nutrição Entérica (atualização)			
Duração da sessão	30 minutos			
Público-Alvo	Equipa de Enfermagem do Serviço Unidade Cuidados Intensivos Polivalente da ULS [REDACTED]			
Local-Data-Hora	Sala de Reuniões do Serviço Unidade Cuidados Intensivos Polivalente da ULS [REDACTED] /Reunião online Teams 27 outubro 2025, pelas 14h30			
Formador(a)	Enfermeira Marta Sousa			
Objetivos da sessão	Geral: Atualizar os procedimentos relacionados com a prescrição e administração da NE no doente crítico.			
	Específicos: Melhorar o aporte nutricional entérico do doente internado na UCI. Uniformizar os cuidados de Enfermagem no suporte nutricional através da nutrição entérica no doente crítico.			
Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos	Tempo	Meios auxiliares de ensino
Introdução	Apresentação do formador(a) e dos objetivos da sessão.	Método expositivo Método ativo	4 minutos	Retroprojektor ou ecrã para projeção Computador com câmara e microfone
Desenvolvimento	Conceptualização epidemiológica da desnutrição em Portugal.		15 minutos	
	Considerações gerais sobre o suporte nutricional do doente em situação crítica.			
	Protocolo de nutrição entérica.			
	Processo de Enfermagem com linguagem CIPE®.			
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas. Encerramento da sessão.	10 minutos		
Referências	Referências bibliográficas, segundo normas APA 7ªed.	1 minuto		

APÊNDICE E

POSTER APRESENTADO NAS 1^{AS} JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM ULS ALENTEJO CENTRAL CAMINHOS CONVERGENTES: ENFERMAGEM E A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, SOBRE “CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO DOENTE HOSPITALIZADO – *SCOPING REVIEW*”



APÊNDICE F

RESUMO E DOI DO ARTIGO CIENTÍFICO “CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NO DOENTE HOSPITALIZADO – *SCOPING REVIEW*” PUBLICADO NA REVISTA RIASE

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**CONTRIBUTOS DA TÉCNICA ISBAR
NA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM
NO DOENTE HOSPITALIZADO: SCOPING REVIEW**

**CONTRIBUTIONS OF THE ISBAR TECHNIQUE
TO NURSING CARE HANDOFF
IN HOSPITALIZED PATIENTS: SCOPING REVIEW**

**CONTRIBUCIONES DE LA TÉCNICA ISBAR
EN LA PASE DE GUARDIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISIÓN SCOPING**

Marta Sousa¹ , Mariana Santos Sousa¹ , Nelson Gonçalves¹ ,
Rita Mosa¹ , Vanessa Pinto¹ , Maria do Céu Marques² , Alice Ruivo³ .

¹Unidade Local de Saúde do Algarve, Unidade de Faro, Portugal.

²Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Center (CHRC),
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal.

³Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde,
Departamento de Enfermagem, Setúbal, Portugal.

Recebido/Received: 16-10-2025 Aceite/Accepted: 08-12-2025 Publicado/Published: 28-12-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(03\).805.39-46](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(03).805.39-46)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license,
and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 N.º 3 DEZEMBRO 2025

Resumo

Introdução: A transferência de cuidados em saúde envolve riscos elevados, sobretudo por falhas de comunicação entre profissionais. Os momentos de transferência de cuidados são voláteis a erros, comprometendo a segurança do doente. A adoção de métodos eficazes, como a técnica ISBAR, favorece previsibilidade, clareza e continuidade dos cuidados, reduzindo incidentes e eventos adversos. **Objetivo:** Mapear o contributo da técnica ISBAR na transferência de cuidados em Enfermagem no doente hospitalizado. **Metodologia:** Nas bases de dados B-On e PubMed, foi realizada uma revisão que seguiu o protocolo *scoping review*, e a metodologia de PCC da Joanna Briggs Institute para formalização da questão de revisão e objetivo de estudo. Seguindo o modelo PRISMA, foram selecionados 7 artigos para posterior análise. **Resultados:** A utilização da técnica ISBAR, por ser uma ferramenta estruturada e padronizada, facilita a comunicação ao priorizar a informação clínica, reduzir erros, promover pensamento crítico, tomada de decisão e trabalho em equipa, além de facilitar a integração de novos profissionais. Desta forma, verifica-se uma contribuição direta para a segurança do doente. **Conclusão:** A evidência científica demonstra que o recurso a uma técnica homogênea de comunicação é preponderante para a qualidade da continuidade dos cuidados, segurança do doente e, consequentemente, sucesso dos resultados em saúde. Contudo, a sua aplicação eficaz exige treino e orientação, através de práticas simuladas ou sessões de formação, para prevenir falhas e assegurar uniformidade no discurso.

Palavras-chave: Comunicação; Doente Hospitalizado; Enfermagem; Hospitais; Transferência do Doente.

Abstract

Introduction: Health care transitions involve high risks, mainly due to communication failures among professionals. Transition moments are prone to errors, compromising patient safety. The adoption of effective methods, such as the ISBAR technique, enhances predictability, clarity, and continuity of care, reducing incidents and adverse events. **Objective:** To map the contribution of the ISBAR technique in nursing care transitions for hospitalized patients. **Methodology:** In the B-On and PubMed databases, a review was conducted following the scoping review protocol and the PCC methodology of the Joanna Briggs Institute to formalize the research question and study objective. According to the PRISMA model, 7 articles were selected for further analysis. **Results:** The use of the ISBAR technique, as a structured and standardized tool, facilitates communication by prioritizing clinical information, reducing errors, promoting critical thinking, decision-making, and teamwork, as well as supporting the integration of new professionals. Thus, a direct contribution to patient safety is observed. **Conclusion:** Scientific evidence shows that the use of a homogeneous communication technique is essential for the quality and continuity of care, patient safety, and consequently, successful health outcomes. However, its effective application requires training and guidance, through simulated practices or training sessions, to prevent failures and ensure uniformity in communication.

Keywords: Communication; Hospitals; Patient; Patient Handoff; Nursing.

Resumen

Introducción: La transición de cuidados en salud conlleva altos riesgos, principalmente por fallos de comunicación entre profesionales. Los momentos de transición son vulnerables a errores, comprometiendo la seguridad del paciente. La adopción de métodos eficaces, como la técnica ISBAR, favorece la previsibilidad, claridad y continuidad de los cuidados, reduciendo incidentes y eventos adversos. **Objetivo:** Mapear la contribución de la técnica ISBAR en la transición de cuidados de Enfermería en el paciente hospitalizado. **Metodología:** En las bases de datos B-On y PubMed, se realizó una revisión siguiendo el protocolo de *scoping review* y la metodología PCC del Joanna Briggs Institute para formalizar la pregunta de investigación y el objetivo del estudio. Según el modelo PRISMA, se seleccionaron 7 artículos para posterior análisis. **Resultados:** El uso de la técnica ISBAR, al ser una herramienta estructurada y estandarizada, facilita la comunicación al priorizar la información clínica, reducir errores, promover el pensamiento crítico, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, además de facilitar la integración de nuevos profesionales. De esta forma, se observa una contribución directa a la seguridad del paciente. **Conclusión:** La evidencia científica demuestra que el uso de una técnica homogénea de comunicación es esencial para la calidad y continuidad de los cuidados, la seguridad del paciente y, en consecuencia, el éxito de los resultados en salud. No obstante, su aplicación eficaz requiere formación y orientación, a través de prácticas simuladas o sesiones de capacitación, para prevenir fallos y asegurar la uniformidad en el discurso.

Descriptores: Comunicación; Enfermería; Hospitales; Paciente; Pase de Guardia.

APÊNDICE G

SUMÁRIO DA COMUNICAÇÃO ORAL APRESENTADA NAS 1^{AS} JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA ULS ALGARVE SOBRE “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: *SCOPING REVIEW*”

1^{as} JORNADAS DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE
DO CARIÓTIPO À EXCELÊNCIA

Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência: *scoping review*

Vanessa Pinto, Mariana Sousa, Marta Sousa
Unidade Local de Saúde do Algarve – Hospital de Faro

Beatriz Gonçalves
Unidade Local de Saúde Alentejo Central – Hospital Espírito Santo de Évora

Filipe Adrião, Francisco Lopes, Jorge Marques
Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo – Hospital Dr. José Maria Grande

Alice Ruivo, Guida Amaral
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

ORGANIZAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALGARVE

APOIO INSTITUCIONAL
ADC *Algarve* **PIAGET** *Portimão* Câmara Municipal *Quilom. do* *Enfermagem*

APOIO CIENTÍFICO
SPEDC

1^{as} JORNADAS DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALGARVE
DO CARIÓTIPO À EXCELÊNCIA

Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do Serviço de Urgência: *scoping review*

SUMÁRIO

01.	Objetivos	04.	Resultados e Discussão
02.	Introdução: Relevância da Temática	05.	Conclusão
03.	Método	06.	Referências Bibliográficas

OBJETIVO GERAL

Mapear a atuação do enfermeiro na Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar oportunidades de melhoria na prática clínica e formação em enfermagem forense.

Promover a reflexão sobre a importância da padronização de cuidados e a integração da enfermagem forense nos serviços de urgência.

APÊNDICE H

**RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS
FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: *SCOPING
REVIEW*” A AGUARDAR PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA SPEDC**



ARTIGO ORIGINAL

Preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro do serviço de urgência: scoping review

Preservation of forensic evidence by emergency department nurses: scoping review

Preservación de evidencias forenses por el enfermero del servicio de urgencias: revisión de alcance

RESUMO

Enquadramento: As taxas de criminalidade em Portugal são uma problemática atual, e o Serviço de Urgência constitui a principal porta de entrada para estas vítimas. Os enfermeiros, sendo, frequentemente, os primeiros profissionais a entrar em contacto com vítimas de crimes, devem deter conhecimentos que lhes permitam identificar as vítimas, prestar cuidados adequados e preservar vestígios com potencial valor probatório, combinando conhecimento da Enfermagem com princípios da investigação criminal.

Objetivo: Mapear as intervenções de Enfermagem associadas à preservação de vestígios forenses em contexto de serviço de urgência.

Métodos: Foi realizada uma *scoping review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*, sendo a questão de revisão e os objetivos do estudo definidos com base na estratégia PCC. Seguindo o modelo PRISMA, foram selecionados 9 artigos para posterior análise.

Resultados: As principais categorias de intervenções de Enfermagem associadas à preservação de vestígios forenses em contexto de serviço de urgência incluem a documentação de lesões, a utilização de equipamento de proteção individual para evitar contaminação cruzada, a notificação das autoridades competentes e a preservação de vestígios fundamentais para o sucesso da investigação criminal. Estudos indicam ser essencial capacitar os enfermeiros sobre a cadeia de custódia, a interação com entidades judiciais e o suporte psicológico às vítimas, destacando a necessidade de protocolos de atuação e formação das equipas.

Conclusão: O contributo dos enfermeiros nos processos forenses faz-se desde o acolhimento das vítimas até à chegada dos peritos, carecendo de sensibilidade e conhecimento em garantir os cuidados essenciais, sem comprometer a investigação.

Palavras-chave: Enfermagem forense; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermagem; Vestígios forenses

APÊNDICE I

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO NO SUGP DA ULS-B SOBRE “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: *SCOPING REVIEW*”

PLANO DE SESSÃO					
Tema da sessão	PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA				
Duração da sessão	30 minutos				
Público-Alvo	Equipa de Enfermagem do SUGP [REDACTED]				
Local-Data-Hora	Formação assíncrona e à distância, disponível na plataforma Forms				
Formador(a)(s)	Enfermeira Marta Sousa; Enfermeira Mariana Sousa (Estudantes de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica)				
Objetivos da sessão	<u>Geral</u> : Mapear a atuação do enfermeiro do Serviço de Urgência na preservação de vestígios forenses.				
	<u>Específicos</u> : Identificar oportunidades de melhoria na prática clínica e formação em enfermagem forense. Promover a reflexão sobre a importância da padronização de cuidados e a integração da enfermagem forense nos serviços de urgência.				
Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos	Tempo	Meios auxiliares de ensino	
<u>Introdução</u>	Apresentação do formador(a) e dos objetivos da sessão.	Método expositivo	4 minutos	Computador com câmara e microfone	
	Relevância da temática.				
	Considerações gerais sobre a cadeia de custódia.				
<u>Desenvolvimento</u>	Método: <i>scoping review</i>		15 minutos		
	Intervenção do enfermeiro do SU na preservação de vestígios forenses.				
	Poster informativo.				
<u>Conclusão</u>	Considerações finais.		10 minutos		
<u>Referências</u>	Encerramento da sessão. Referências bibliográficas, segundo normas Vancouver.		1 minuto		

APÊNDICE J

POSTER INFORMATIVO AFIXADO EM SALA DE EMERGÊNCIA DO SUGP DA ULS-B SOBRE “PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES PELO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INTRODUÇÃO

As **taxas de criminalidade em Portugal** são uma problemática atual e que origina, diariamente, vítimas em diversos contextos. O Serviço de Urgência (SU) constitui a principal porta de entrada para vítimas que apresentam lesões de gravidade variável, sendo, também, para muitos, um espaço seguro e de proteção. Os enfermeiros que integram estas equipas têm **ação na cadeia de custódia**. A colheita de vestígios forenses exige cuidados especiais e profissionais qualificados, para garantir a validade da prova. (3,8,9,12)

CADEIA DE CUSTÓDIA
É a ordem pela qual os vestígios forenses são tratados durante a investigação de um caso. É um dos pontos mais fracos da investigação. (2)

QUESTÃO

Qual a intervenção do enfermeiro na preservação de vestígios forenses no Serviço de Urgência?

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO



Reconhecer sinais de abuso, trauma e agressão sexual e dar seguimento à cadeia de custódia. (5,11,14,15)

Armazenar roupa ou outros objetos em sacos de papel (os sacos de plástico aceleram a degradação de vestígios biológicos). (4,5,10,11,14)



Elaborar registos de enfermagem claros, objetivos e metódicos. (2,4)

Preservar corto-perfurantes e materiais metálicos (projéteis; fragmentos cortantes) em recipientes não metálicos. (4,5,10,11,14)



Não puncionar acessos venosos nas mãos, se suspeita de uso de armas de fogo. (4,5,10,11,14)

Registar todas as lesões de forma detalhada e precisa num documento apropriado. (5,10,11,14,15)



Não administrar qualquer medicação endovenosa antes de realizar colheita de sangue, se necessário. (4,5,10,11,14)

Usar corretamente o EPI (como a troca de luvas) evitando transferência de vestígios e contaminação cruzada. (5,10,11,14,15)



Remover cuidadosamente as peças de roupa da vítima, cortando-as pelas costuras e evitando interferir com áreas danificadas. (4,5,10,11,14)

Informar a vítima de agressão sexual que não deve tomar banho até ao fim da colheita de vestígios. (4,5,10,11,14)



CONCLUSÃO

O enfermeiro no Serviço de Urgência deve assumir como atividades essenciais a identificação de vítimas e a preservação de vestígios forenses, garantindo a cadeia de custódia sem comprometer os cuidados de saúde. A falta de formação específica pode prejudicar a investigação criminal, sendo essencial a capacitação dos enfermeiros em procedimentos forenses, apoio às vítimas e articulação com o sistema judicial. O **enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica** assume particular responsabilidade neste domínio, tornando indispensáveis protocolos de atuação e formação contínua das equipas, com prioridade à qualidade e segurança dos cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Berishaj K, Boyland CM, Reinink K, Lynch V. Forensic Nurse Hospitalist: The comprehensive role of the forensic nurse in a hospital setting. J Emerg Nurs. 2020;48(3):286-93. doi:10.1016/j.jen.2020.03.002
2. D'Anna T, Puntarello M, Canella G, Scalzo G, Buscemi R, Zerbo S, et al. The chain of custody in the era of modern forensics: From the classic procedures for gathering evidence to the new challenges related to digital data. Rev Healthc. 2023;11(234):1-11. na 3. Gonçalves LM, Dima MA, Mendonça SM. Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses: urgência; Técnica de Delphi. Rev Enferm Referência. 2024;6(3):a33126. doi:10.12127/RV2023.119.33125
4. Janeiro CV. Recolha e preservação de vestígios forenses no serviço de urgência – know how dos enfermeiros [Relatório de Estágio de Mestrado]. Castelo Branco: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2020.
5. Oliveira LS, Souza JSR, Terra FS, Lima RS, Vilela SC. Enfermagem em preservação de vestígios forenses nos serviços de emergência/urgência: revisão de escopo. Contrib Cienc Soc. 2024;17(7):e8270. doi:10.55905/revcom.17n.7-129
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Syst Rev. 2021;10(89):1-12. doi:10.1186/s13643-021-01626-4
7. Pollock D, Peters MDJ, Khalil H, McInerney P, Alexander L, Tricco AC, et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. JBI Evid Synth. 2023;21(3):529-32. doi:10.1111/jbi.15220
8. Regulamento n.º 728/2021, 5 de agosto. Regulamento da Competência Acrescentada Diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República. 2021 ago 5; n.º151, Série II. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/diariodetaherregulamento/728-2021-159107949>
9. Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República. 2018 jul 16; n.º135, Série II. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/diariodetaherregulamento/429-2018-115698617>
10. Rocha HN, Rodrigues BA, Paula GVN, Araújo JPA, Gomes TA, Souza ARN, et al. O enfermeiro e a equipe multidisciplinar na preservação de vestígios forenses no serviço de urgência e emergência. Braz J Health Rev. 2020;2(2):2208-17. doi:10.34119/bjhr.v3n2-072
11. Silva RK, Ferreira GAA, Sá GGM, Souto RQ, Barros LM, Galindo-Neto NM. Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: uma revisão de escopo. Rev Latino-Am Enferm. 2022;30(3593):1-14. 12. Sistema de Segurança Interna. Relatório Anual de Segurança Interna – 2023. Lisboa: Gabinete do Secretário-Geral do Sistema de Segurança Interna; 2023.
13. Turkington KO. Forensic nursing. J Leg Nurse Consult. 2021;32(3):16-15. 14. Veríssimo CHMC. Enfermagem forense no serviço de urgência geral: promover uniformização de cuidados na recolha e preservação de vestígios [Relatório de Estágio de Mestrado]. Braga: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; 2021.
15. Vital SAN. Cuidado especializado do enfermeiro: preservação de vestígios médico-legais, do pré hospitalar ao serviço de urgência [Relatório de Estágio de Mestrado]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2023.

Mariana Sousa; Marta Sousa

Estudantes de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica
2025/2026



APÊNDICE K

RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO “*NURSING INTERVENTIONS IN NUTRITIONAL MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE PATIENTS: SCOPING REVIEW*” A AGUARDAR REVISÃO NA REVISTA *SAGE JOURNALS NUTRITION AND HEALTH*

Nutrition and Health

Nursing Interventions in Nutritional Management in Intensive Care Patients: Scoping Review

Journal:	<i>Nutrition and Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Review Article
Keywords:	Nursing care, Nutrition, Nutritional management, Intensive care, Critical illness
Abstract:	Introduction Malnutrition constitutes a significant public health issue, being associated with increased morbidity, mortality, and hospital costs. It is estimated that its prevalence in a hospital setting is around 50%, with the numbers increasing in intensive care contexts. In this setting, nurses play a central role in assessing nutritional status, implementing and monitoring support strategies, contributing to the prevention and treatment of malnutrition, and improving clinical outcomes. Objective To map nursing interventions related to nutrition management in intensive care patients. Methods The review was conducted following the scoping review protocol and the PCC methodology of the Joanna Briggs Institute – Participant: patient; Concept: nursing interventions related to nutrition management; Context: intensive care. Based on PRISMA guidelines, nine studies were selected for analysis. Results The findings of this review address the research question by highlighting that nursing interventions in the nutritional management of intensive care patients include nutritional assessment and planning, administration of nutritional therapy, continuous monitoring, prevention of complications, documentation and communication, and leadership in implementing evidence-based protocols and professional training. Conclusion Nutritional therapy should be considered a central therapeutic intervention in the care of critically ill patients, in which nurses, due to their privileged and close role, are key elements for successful patient nutrition and, consequently, for recovery and well-being in critical care settings. Keywords: Nursing care; Nutrition; Nutritional management; Intensive care; Critical illness.

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc.manuscriptcentral.com/nah>

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE FORMADORA DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP DA ULS-A INTITULADA DE “PROTOCOLO NUTRICIONAL – NUTRIÇÃO ENTÉRICA”

Ministério da Saúde

Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que MARTA ROSARIO SANTOS SOUSA, , participou na Formação em Serviço PROTOCOLO NUTRICIONAL/NUTRICAÇÃO ENTERICA, na qualidade de formador, realizada a 27-10-2025 no/a [REDACTED], com a duração de 01h00.

[REDACTED] 27 de outubro de 2025

Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Entidade Reguladora



ANEXO II

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 1ª JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM ULS ALENTEJO CENTRAL CAMINHOS CONVERGENTES: ENFERMAGEM E A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS



ANEXO III

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 1ST INTERNATIONAL SEMINAR ON
IMPLMENTATION SCIENCE AND NURSING**

Seminar Main Topics

Implementation Science and Nursing
Keynote speaker - Mariana Bueno, PhD, RN, Assistant Professor-Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Canada

Simulation-Based Learning in Nursing: Exploring the Role of Virtual Reality
Keynote speaker - Dieter Vyt, MSc. N. Teamleader clinical education of the Bachelor program Nursing of Artevelde University of Applied Sciences Ghent, Belgium

Using Community-Based Participatory Research (CBPR) to Assess Barriers to Palliative Care Among Vulnerable Populations
Keynote speaker- Amisha Campos, PhD, RN, MPH, CHPN, Assistant Professor - UConn School of Nursing, USA

Family Surveillance Plan in the Transition to Parenthood: The Role of the Family Nurse
Milene Pereira; Sofia Medronheira; Edgar Canais

Promotion of communication and relational skills in professionals of a psychiatric service: specialized practice in Mental Health and Psychiatric Nursing
Alice Santos; Carlos Laranjeira

Neonatal stress scale: translation and cultural validation in Portugal
Mónica Costa; Filomena Gaspar; Isabel Costa Malheiro; Alice Curado

Death Literacy Beyond Classroom
Jane Kaju, RN APN MSc, Nursing lecturer in Tallinn Healthcare College (Estonia)

Evacuation of the critically ill person in an emergency/catastrophe situation in an Intensive Care Unit
Inês Lopes; Hugo Franco

Use of AI in the Fields of Practice and Knowledge Translation
Keynote speaker - Lucília Nunes, PhD, MSc. N, RN, Coordinating Professor - Department of Nursing, School of Health, Setúbal Polytechnic University, Portugal



SEI-CIM Nursing

1st International Seminar on
Implementation Science and Nursing

8th April 2025

Certificate of Attendance

This is to certify that **Marta Sousa** has attended the **1st International Seminar on Implementation Science and Nursing**, held online on April 8th, 2025, with a total duration of 6 hours.

Organization: Nursing Department of School of Health of Setúbal Polytechnic University



SAUDE
POLITÉCNICO SETÚBAL
SCHOOL · POLYTECHNIC UNIVERSITY



25
ANOS



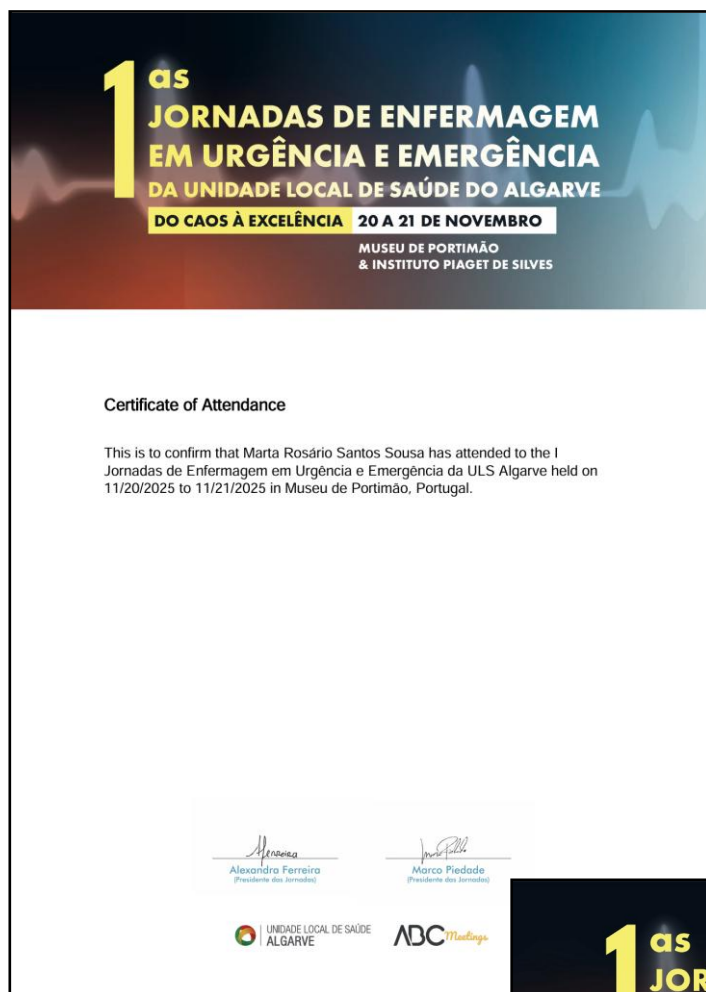
SAUDE
ESCOLA SUPERIOR · POLITÉCNICO SETÚBAL

On behalf of the Scientific Committee
Assinado por: **Hugo Miguel Martins Alves Franco**
Num. de Identificação: 10992739

www.ess.ips.pt

ANEXO IV

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS 1^{AS} JORNADAS DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA ULS ALGARVE E DE PRIMEIRO PRÉMIO DE COMUNICAÇÕES ORAIS



ANEXO V

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO “AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO À PESSOA VÍTIMA DE INTOXICAÇÃO” DO CIAV

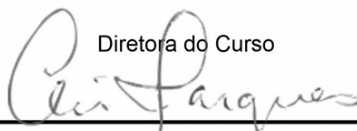


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Pós-Graduação Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência

CERTIFICADO

Certifica-se que **Marta Sousa**, participou no seminário “**Avaliação e Intervenção à Pessoa Vítima de Intoxicação**” realizado dia 14 de Novembro no auditório da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, com a **duração de 4 horas**, no âmbito da unidade curricular “Cuidados de Saúde de Urgência e Emergência em Trauma” do curso de Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência.

Diretora do Curso


Professora Doutora Maria do Céu Marques



ANEXO VI

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* "*WEBINAR* - DIA MUNDIAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE BASEADOS NA EVIDÊNCIA" DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ROSÁRIO SANTOS SOUSA

membro nº **101106** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência"**, realizado no dia **22 de Outubro de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 22 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,00** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO VII

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* “COMPETÊNCIA ACRESCIDA DIFERENCIADA EM ENFERMAGEM EM DIÁLISE - SESSÃO DE ESCLARECIMENTO” DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ROSÁRIO SANTOS SOUSA

membro nº 101106 desta Ordem, participou no(a) **"EaQ - Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Diálise - Sessão de esclarecimento"**, realizado no dia 13 de Março de 2025, com duração total de 2H, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 13 de Março de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO VIII

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* “CICLO DE *WEBINARS* EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS” DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ROSÁRIO SANTOS SOUSA

membro nº 101106 desta Ordem, participou no(a) **"Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 3"**, realizado no dia **22 de Outubro de 2024**, com duração total de **01h30**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 22 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,33** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO IX

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* “*WEBINAR* PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA” DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ROSÁRIO SANTOS SOUSA

membro nº **101106** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Da teoria à prática"**, realizado no dia **15 de Outubro de 2024**, com duração total de **02h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO X

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* “*WEBINAR – CATÁSTROFE*”
DA ORDEM DOS ENFERMEIROS**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ROSÁRIO SANTOS SOUSA

membro nº **101106** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Catástrofe**", realizado no(s) dia(s) **no dia 23 de Setembro de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex"**.

Lisboa, 23 de Setembro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

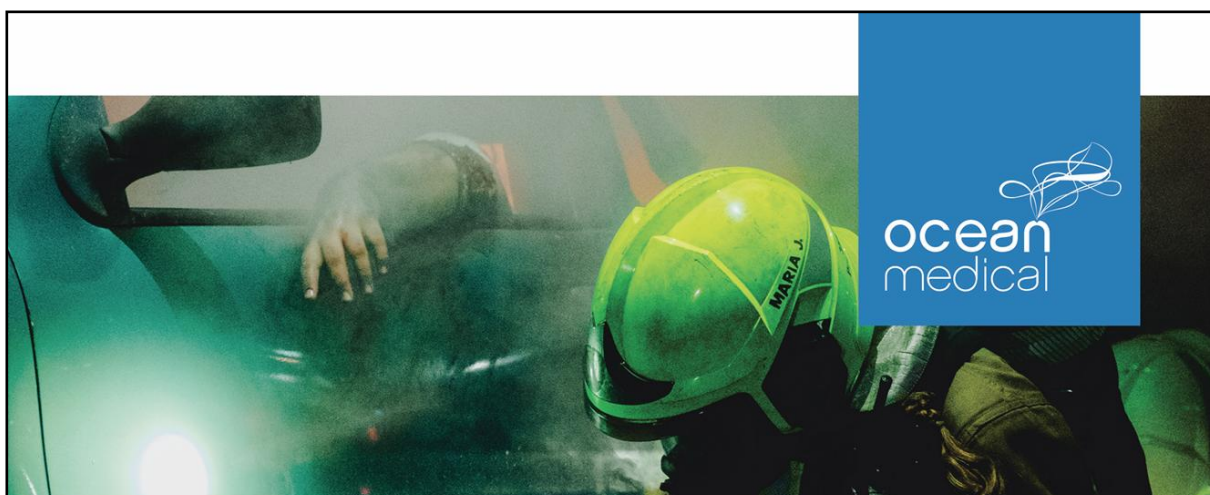
Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO XI

**COMPROVATIVO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO ONLINE “(RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE – GESTÃO DE RECURSOS EM
EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE” REALIZADO COM A *OCEAN MEDICAL* EM
PARCERIA COM INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**



Certifica-se que **Marta Rosário Santos Sousa**, nascido(a) em 12/07/1999, com o número de identificação civil ****2768, participou no seminário

// (RE)AGIR:
QUANDO O IMPOSSÍVEL ACONTECE
GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

que decorreu em 23/01/2026, com a duração de 8 horas.

Porto Salvo, 23 de janeiro de 2026

Diretor Pedagógico e dos Serviços de Emergência

Pedro Caldeira



Certificado nº 260701635

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO XII

COMPROVATIVO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO “*NURSING INTERVENTIONS IN NUTRITIONAL MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE PATIENTS: SCOPING REVIEW*” NA REVISTA *SAGE JOURNALS NUTRITION AND HEALTH*

Nutrition and Health

SageTrack

Home

Author

Review

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Nutrition and Health

Manuscript ID

NAH-25-0638

Title

Nursing Interventions in Nutritional Management in Intensive Care Patients: Scoping Review

Authors

Sousa, Marta
Marques, Maria do Céu

Date Submitted

22-Oct-2025

ANEXO XIII

**COMPROVATIVO DE COLABORAÇÃO NA UNIDADE CURRICULAR DE
PROCESSOS COMPLEXOS DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA À 10ª TURMA
DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO E ESPECIALIDADE EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA COM O TEMA “PROTOCOLO NUTRICIONAL – NUTRIÇÃO
ENTÉRICA”**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Marta Rosário Santos Sousa** participou na lecionação da u.c. **Processos Complexos da Pessoa em Situação Crítica**, do Curso de Mestrado em Enfermagem, da área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica a Pessoa em situação crítica, na edição que se encontra a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, abordando o tema “**Gestão Nutricional do Doente em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem**”, em janeiro de 2026, com a duração de 4 horas.

22 de março de 2026

A Regente da Unidade Curricular

Assinado por: **Maria do Céu Mendes Pinto Marques**
Num. de Identificação: 06977330
Data: 2026.03.22 20:21:18 +0000

Prof^a Doutora Maria do Céu Marques

ANEXO XIV

CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde



Marta Rosário Santos Sousa

concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão

14 Mar 2025

Nome do Centro de Treinamento

Blue Ocean Medical, LDA

ID do Centro de Treinamento

ZL50578

Cidade e País do Centro de Treinamento

Oeiras, Porto Salvo, Portugal

Nome do Centro de Treinamento

Renovar até

Mar 2027

Nome do instrutor

Bruno Pascoal

ID do instrutor

08190806967

Código eCard

255628810581

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2817 10/20

ANEXO XV

CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA

SAVP
Profissional
de saúde



**American
Heart
Association.**

**American Academy
of Pediatrics**



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Marta Sousa

concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (SAVP) da American Heart Association.

Data de emissão

09 May 2025

Nome do Centro de Treinamento

Blue Ocean Medical, LDA

ID do Centro de Treinamento

ZL50578

Cidade e País do Centro de Treinamento

Oeiras, Porto Salvo, Portugal

Nome do Centro de Treinamento

Renovar até

May 2027

Nome do instrutor

Francisco Abecasis

ID do instrutor

07130189284

Código eCard

265641448224

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2819 10/20

ANEXO XVI

CERTIFICADO DO CURSO DE *INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT*

	ITLS International Trauma Life Support	ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
Certificate of Participation Marta Rosário Santos Sousa has completed the Advanced Provider		
date 6/7/2025	course site blue ocean medical, PORTO SALVO,	
course director		
course coordinator Pedro Caldeira RN		
license number	license state/province	
NREMT-P number		

	ITLS International Trauma Life Support	<i>Improving Trauma Care Worldwide</i>
---	---	--

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 24-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts. International Trauma Life Support 2001 Butterfield Road, Suite 320 Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org	 ITLS 415773-58795 International Trauma Life Support Marta Rosário Santos Sousa has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course. Advanced Provider Card Issue Date 6/7/2025 Expiration Date 06/2028 Course Number 58795 Course Location blue ocean medical, PORTO SALVO,
---	---